

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Educação e Ciências Sociais

Mestrado em Educação Especial
Especialização em Intervenção Precoce na Infância

**INTERVENÇÃO CENTRADA NA FAMÍLIA:
OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE UMA
EQUIPA LOCAL DE INTERVENÇÃO**

Margarida Baptista Romudas

Outubro de 2021

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Educação e Ciências Sociais

Mestrado em Educação Especial
Especialização em Intervenção Precoce na Infância

**INTERVENÇÃO CENTRADA NA FAMÍLIA:
OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE UMA
EQUIPA LOCAL DE INTERVENÇÃO**

Margarida Baptista Romudas

Constituição do Júri

Presidente: Professora Doutora Maria Luísa de Sousa Panaças

Arguente: Professor Doutor Joaquim João Casimiro Gronita

Orientador: Professora Doutora Maria Elisabete da Silva Tomé Mendes

Outubro de 2021

AGRADECIMENTOS

Termino este estudo com enorme satisfação.

Gostaria de expressar a minha gratidão à professora Doutora Elisabete Mendes por toda a dedicação, disponibilidade e motivação, expressada ao longo destes meses.

À equipa Local de Intervenção Precoce e às famílias que colaboraram no estudo.

À minha família, por toda a compreensão e motivação para finalizar mais uma etapa da minha vida.

À minha querida amiga Rita Viana, que mesmo estando longe, foi fundamental na conclusão deste trabalho.

Ao meu namorado Luís, por todo o encorajamento e paciência.

E por fim, às minhas companheiras desta "viagem" Margarida Ramalho, Vera Cachapa e Rute Tanganho, que foram sempre uma forte inspiração, que me acompanharam e partilharam comigo momentos que nunca mais vou esquecer!

Obrigada

RESUMO

Este estudo procurou investigar a percepção dos profissionais de uma Equipa Local de Intervenção (ELI), relativamente às práticas recomendadas em intervenção precoce, mais precisamente, no que se refere à intervenção centrada na família e à forma como operacionalizam a sua implementação no dia-a-dia. Nesse âmbito, são explicitados os referenciais teóricos, baseados em evidência científica internacional, que devem orientar os profissionais na implementação de práticas de qualidade na intervenção com as crianças e respetivas famílias.

Assim, nesta dissertação é apresentado um estudo empírico que utiliza uma metodologia de investigação qualitativa ou interpretativa, no qual foram utilizados três instrumentos de recolha de dados: a Escala de Intervenção Focada na Família (Pimentel, 2003), uma grelha de Observação Participante (adaptada de McWilliam, 2010) e uma Entrevista em Grupo Focal realizada com a participação dos elementos que integram a ELI em estudo. Com base na análise dos dados recolhidos, constatámos que os profissionais da equipa nem sempre trabalham de acordo com as práticas recomendadas em Intervenção Precoce na Infância, apesar de muitas vezes as enunciarem como referência.

Durante a realização do estudo foi possível sinalizar e entender as dificuldades dos profissionais na operacionalização das práticas recomendadas. A falta de conhecimentos no domínio da intervenção precoce na infância e a constante rotatividade dos membros das equipas são identificados como problemas comuns. O contexto em que as práticas são habitualmente implementadas (contexto educativo), a tipologia dos casos em apoio (severidade das perturbações), bem como, as características das famílias (educação, religião, valores e crenças) são elencados como fatores que influenciam o grau de envolvimento das famílias na intervenção.

Palavras chave: Intervenção Precoce na Infância, Intervenção Centrada na Família, Práticas Recomendadas, Operacionalização das Práticas

ABSTRACT

This study sought to investigate the perception of professionals in a Local Intervention Team (ELI) in relation to recommended practices in early childhood intervention, more precisely, with regard to family-centred approach and the way in which they put into practice its implementation on a day-to-day basis. In this context, the theoretical references, based on international scientific evidence, are explained, which should guide professionals in the implementation of quality practices regarding the intervention with children and their families.

Thus, this dissertation presents an empirical study that uses a qualitative or interpretive research methodology, in which three data collection instruments were used: the Family-Focused Intervention Scale (Pimentel, 2003), a Participant Observation grid (adapted by McWilliam, 2010) and a Focus Group Interview conducted with the participation of the ELI team under study. Based on the analysis of the data collected, we found that the professionals in this team do not always work in accordance with the recommended practices in Early Childhood Intervention, despite often stating it as a reference.

During the study, it was possible to identify and understand the professionals' difficulties in implementing the recommended practices. Lack of knowledge in the field of early childhood intervention and the constant turnover of team members are identified as common problems. The context in which the practices are usually implemented (educational context), the typology of cases (severity of disturbances), as well as the characteristics of the families (education, religion, values and beliefs) are listed as factors that influence the degree of families' involvement in the intervention.

Keywords: Early Childhood Intervention, Family Centred Approach, Recommended Practices, Operationalization of Practices.

ABREVIATURAS

SNIP- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

IPI- Intervenção Precoce na Infância

ELI- Equipe Local de Intervenção

PIIP- Plano Individual de Intervenção Precoce

RDC- Reunião de Discussão de Caso

NST- Núcleo de Supervisão Técnica

EIFF – Escala de Intervenção Focada na Família

INDÍCE

Introdução	4
Capítulo I – Família	
1. Família numa perspetiva histórica	5
2. Família de crianças com deficiência	7
Capítulo II – Intervenção Precoce na Infância	
1. Modelos conceptuais em Intervenção Precoce	9
2. Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância	14
Capítulo III - Práticas recomendadas em Intervenção Precoce na Infância	
1. Práticas recomendadas em Intervenção Precoce	18
2. Intervenção Centrada na Família	21
3. Modelo de Trabalho em Equipa Transdisciplinar	26
4. O papel do profissional de Intervenção Precoce	28
Capítulo IV - Estudo Empírico	
1. Problemática e contextualização	30
2. Objetivos do estudo	31
3. Metodologia	31
3.1 Participantes	31
3.2 Instrumentos	32
3.3 Procedimentos	36
Capítulo V - Apresentação e discussão de resultados	
1. Escala de Intervenção Focada na Família	38
2. Observação Participante	45
2.1 Caracterização dos casos	45
2.2 Análise das reuniões de discussão de casos	47
3. Entrevista em Grupo Focal	53
4. Análise Global dos Resultados	60
Conclusões	63
Referências Bibliográficas	65
Anexos	69

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de investigação insere-se no âmbito do Mestrado em Educação Especial com Especialização em Intervenção Precoce na Infância e incide sobre a temática “Intervenção centrada na família: Olhar dos profissionais de uma Equipa Local de Intervenção”.

A Intervenção Centrada na Família preconiza o reconhecimento de que as famílias são o principal contexto para a promoção do bem-estar e do desenvolvimento das crianças. A escolha deste tema prende-se com o interesse académico na área da Intervenção Centrada na Família, relacionada com Intervenção Precoce na Infância, bem como o interesse em compreender a forma como os profissionais operacionalizam esta intervenção. E, sobretudo, perceber o ponto de vista dos mesmos, identificando quais os fatores que justificam a discrepância que se verifica habitualmente entre as práticas recomendadas e a sua operacionalização, bem como elencar algumas sugestões de melhoria, para aproximar as práticas desta equipa às ideias preconizadas.

A dissertação está organizada em cinco capítulos, apresentando a fundamentação teórica, que dá suporte ao tema, bem como o estudo empírico. O Capítulo I faz referência às temáticas da Família numa perspetiva histórica, bem como à Família de crianças com deficiência; o Capítulo II explora o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, bem como os Modelos conceptuais em Intervenção Precoce; o Capítulo III enquadra Práticas recomendadas em Intervenção Precoce, mais precisamente, a Intervenção Centrada na Família, o Modelo de Trabalho Transdisciplinar, e o Papel do profissional de Intervenção Precoce; o Capítulo IV faz referência ao Estudo Empírico, abordando a problemática e contextualização do estudo, os objetivos do mesmo, bem como a metodologia de investigação, a qual engloba a descrição dos participantes, dos instrumentos e dos procedimentos colocados em prática; e, em seguida, é apresentado o Capítulo V que aporta a apresentação e discussão de resultados em função dos instrumentos utilizados; segue-se uma análise global dos resultados, tendo em consideração a fundamentação teórica apresentada inicialmente, bem como a interpretação crítica espelhada nos resultados do estudo. E por fim, é apresentada a conclusão deste trabalho de investigação.

CAPÍTULO I - FAMÍLIA

1. FAMÍLIA NUMA PERSPETIVA HISTÓRICA

Ao longo da história, é notório que o conceito de família tem vindo a sofrer grandes alterações. As transformações, em termos políticos, sociais, culturais e tecnológicos levaram a alterações deste conceito, que deixou de seguir os modelos tradicionais. Novas configurações familiares têm possibilitado novas conceções do conceito de família.

Ao longo do tempo modificou-se profundamente a estrutura, a dinâmica da família na sua organização interna, como por exemplo: diminuição do número médio de filhos, diminuição da fecundidade, aumento do número de pessoas sós, diminuição das famílias numerosas, aumento das famílias recompostas, em virtude do aumento do número de divórcios, aumento das uniões de facto e uniões livres, e, mais recentemente o aparecimento das famílias homossexuais (Dias, 2011, p.142).

Antes da revolução industrial as famílias apresentavam um grande número de filhos, na casa podiam habitar duas ou três gerações distintas que eram controladas pelo patriarca da família. Estas famílias apresentavam uma hierarquia que estavam relacionadas com o género e com a idade. A figura feminina da família tinha um papel submisso, quer em solteira (controlada pelo pai) quer em casada (controlada pelo marido).

Apos a revolução industrial e o êxodo rural as características familiares começam a ser alteradas e em meados do século XX a família começa a dar um maior valor a características tais como o amor, o carinho, a afetividade, a proteção e começa a existir um maior estímulo à educação das crianças, abandonando gradativamente a sua missão de manter os bens e a honra.

A década de sessenta foi um marco de viragem na história da família das sociedades ocidentais. Num mundo em que as mulheres ocupavam postos de trabalho ao lado dos homens, já não era justificável a supremacia dos mesmos no interior do lar (Dias, 2011, p.146).

Atualmente, os diferentes tipos de família são classificados da seguinte forma:

- Família nuclear, o modelo de família mais comum, é composto por um casal de sexos opostos e pelos seus filhos, sejam eles biológicos ou não.

- União de Facto, é um modelo que segue os mesmos padrões de um casamento, no entanto o compromisso não está determinado por qualquer tipo de contrato.
- Família recomposta, aquela em que a união é realizada depois de um divórcio ou separação.
- Família monoparental, composta apenas por uma mulher ou um homem e o seu ou seus filhos, pode ser um estado que se assume após um divórcio, após a morte de um dos conjugues ou por opção.
- Família homossexual, semelhante à família nuclear, no entanto o casal é do mesmo sexo (Dias, 2011).

Vários autores definem diferentes conceitos de família, como é o caso de Alarcão (2002) que refere que “a família é vista como um lugar onde nascemos, crescemos e morremos, mesmo que possamos ter mais do que uma família.” Duarte (2010) refere também que na família aprendemos hábitos de interação e socialização, bem como experienciamos relações afetivas de amor, filiação, fraternidade e sexualidade.

Quitério (2012) caracteriza a família como sendo “um conjunto de pessoas que fazem parte de uma rede social próxima, que fornecem suporte a nível emocional e financeiro, mesmo que não estejam na mesma habitação.”

Através destas definições, podemos dizer que a família pode ser caracterizada por um conjunto de pessoas que vivem na mesma casa e também, pode ser caracterizada, como um conjunto de pessoas que diariamente, fornecem apoio emocional e financeiro mesmo não vivendo juntos (Pinho, 2017).

Segundo Alarcão (2002) família é vista como um sistema que incorpora subsistemas, sendo estes, o marital, parental, fraternal e extrafamiliar. O subsistema marital refere-se às relações entre casais, enquanto que o parental se refere às relações entre pais e filhos. O subsistema fraternal refere-se ao contacto entre irmãos e o extrafamiliar refere-se às relações com os vizinhos, amigos e família alargada. Os indivíduos, desde o nascimento e durante o seu percurso de vida, interagem com diversos sistemas relacionais e ambientais que vão sofrendo alterações com a evolução do tempo. Segundo Branco (2014, citado por Pinho, 2017) o contacto inicia-se na família como sistema restrito, na qual vai progredindo para outros sistemas, como a sociedade.

Grácio (s.d) citado por Borges (2015) define quatro funções da família, sendo elas função procriadora, alimentar, protetora e educativa. A função procriadora permite

assegurar a existência das gerações familiares e da vida humana. A função alimentar permite assegurar o sustento da criança ao nível da nutrição e vestuário. A função protetora permite que a família crie vínculos desde o nascimento da criança e promove um clima de proteção. Por último, a família tem uma função educativa, pois a família é a primeira instituição da vida da criança, a qual lhe permite desenvolver valores morais, regras básicas, afetos, e partilhas de experiências enriquecedoras para o seu desenvolvimento.

Cada família é única e constitui uma entidade global, com um elevado nível de complexidade, esta é composta por membros unidos por afetos e tem como principais funções, atender as necessidades internas de cada elemento, como por exemplo a nível de cuidados de saúde, a nível económico, cuidados domésticos e educativos.

“A Família entende-se como sendo um grupo de pessoas unidas diretamente por laços de parentesco, onde os adultos assumem a responsabilidade de cuidar das crianças.” (Freitas, 2014, p. 5).

2. FAMÍLIA DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA

O nascimento de uma criança, neste sentido torna-se, aos pais, uma experiência verdadeiramente singular, a qual suscita uma complexidade sentimental, que agrega desde a curiosidade prévia, a ansiedade, até mesmo a alegria que vai além do real quando se está à espera do encontro com o novo ser. Assim, os pais conectam os filhos aos seus sonhos, fantasias, ilusões e projetos. Os filhos, por assim dizer, acabam-se tornando a segunda chance dos pais, à medida que estes últimos consideram como os “produtos finais na vida, a extensão e reflexo de si mesmos” (Moses, 2008 cit. por Sassi, 2013, p.3)

A história da criança na família inicia-se bastante antes do seu nascimento, a criança nasce na imaginação, no pensamento dos pais, muito antes do momento do parto. O bebé idealizado, criado na fantasia dos pais antes e durante a gravidez tem as qualidades iniciais para um processo de vinculação.

O nascimento de um bebé provoca uma reviravolta total na vida de um casal e é certo que se inicia um período de grandes mudanças e adaptações no seio familiar. Se o nascimento de um bebé já vai conduzir a um misto de emoções e mudanças. O nascimento de uma criança com deficiência vai sem dúvida ser originadora de grande stress no seio

familiar, no entanto, as angústias variam de família para família. Esta variabilidade está muitas vezes relacionada com o grau de deficiência e com as características da família.

A família de crianças com deficiência vai ter de encarar um conjunto de momentos difíceis, que pode levar muitas vezes a conflitos ou a fortalecer os laços afetivos. Algumas famílias são bem-sucedidas na adaptação, outras não estão preparadas para enfrentar o desafio que uma criança com deficiência representa (Nielsen,1999).

Seja qual for o tipo de deficiência, esta vai provocar grande alteração no seio familiar e dependendo das características de cada membro, pode levar muitas vezes à rejeição ou à superproteção da criança.

Uma família com membros que apresentam necessidades educativas especiais é uma família com necessidades especiais. Se para qualquer família é cada vez mais difícil conciliar a vida profissional com a vida familiar, sobretudo com a tarefa de cuidar, para estes núcleos familiares a dificuldade é exponencialmente maior. Quando às exigências associadas ao cuidar acresce a dependência, aumentam na mesma proporção as necessidades de suporte à família para que esta possa levar a cabo as suas funções internas e, particularmente, manter a sua capacidade de cuidadora (Guadalupe, 2012, p.6)

Embora as reações das famílias estejam relacionadas com a idade da criança, com a gravidade da deficiência ou com os valores culturais, os estudos, neste âmbito, mostram que a profunda tristeza mantém-se durante todo o processo, bem como a raiva e, não raras vezes, a depressão dificultando a aceitação da deficiência. Aceitar o diagnóstico pode levar anos (Muscott, 2002, citado por Duarte, 2010, p.34).

CAPÍTULO II – INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA

1. MODELOS CONCEPTUAIS EM INTERVENÇÃO PRECOCE

É importante destacar os modelos conceituais que defendem o desenvolvimento humano com sendo resultado da influência entre a pessoa, a família e o seu e contexto em que estão inseridos. Estes modelos foram ao longo dos tempos tornando-se a base de funcionamento das equipas de IPI, ou seja, promovem uma abordagem socio ecológica, que tem como objetivo promover o desenvolvimento da criança, mas sem olhar exclusivamente para ela, isto é, tendo em conta os contextos em que está inserida e envolvimento dos pais em todo o processo. Dust e Trivette (1994, citados por Aleixo, 2014, p. 23) referem que é importante "capacitar e corresponsabilizar as pessoas pela promoção e aumento das capacidades individuais e familiares, que apoiam e fortalecem o funcionamento familiar".

- **Perspetiva Sistémica**

O surgimento das teorias sistémicas, na década de 1960, particularmente da teoria sistémica da família, acentuou um enfoque cada vez maior no agregado familiar, situando-o num sistema amplo e complexo de interações.

Esta perspetiva tem como fundamento a teoria Geral dos Sistemas de Von Bertalanffy (1968, citado por Aleixo 2014, p. 24) que defende que todos os sistemas vivos são compostos por um conjunto de elementos que são interdependentes entre si, mas que qualquer alteração num elemento tem consequências nos outros. Assim, a família é encarada como como um sistema, uma unidade, no entanto, se existe alguma modificação em algum dos membros da família todos os outros elementos do sistema familiar são atingidos. Perante esta realidade, podemos afirmar que a família é definida como um sistema aberto, cujos elementos são individuais e as relações se operam nas interações vividas ao longo da vida em comum (Divonne, 1988, citado por Gameiro, 1994).

Sistema quer dizer uma unidade formada por membros que interagem entre si, havendo entre eles determinados vínculos e mantendo-se certas transações (Gimeno 2003, citado por Amaro, 2006). Deste modo, o sistema familiar está relacionado com a conexão e interação de todos os seus elementos através da comunicação, coesão e adaptabilidade.

- **Modelo Transacional**

O modelo Transacional foi estruturado inicialmente por Sameroff & Chandler (1975, citado por Aleixo, 2014) numa tentativa de explicar as alterações obtidas nos resultados relativamente ao desenvolvimento de bebés em risco. O Modelo Transacional de Sameroff trouxe contributos importantes para a Intervenção Precoce. Este modelo considera que o desenvolvimento da criança é o resultado das transações que se estabelecem entre a própria criança (fenótipo), o meio (mesótipo) e uma fonte de organização biológica (genótipo) (Carvalho, 2011).

Os autores acima mencionados tiveram em consideração fatores biológicos e sociais, no entanto defendiam que estes não eram suficientes para prever o desenvolvimento dos bebés. Assim, defendem que o impacto destes fatores é recíproco e que estes mudam em função do tempo.

A criança transforma o seu ambiente e é, por sua vez, transformada pelo ambiente que ajudou a criar. Isto é, sem ignorar o impacto que as características genéticas podem ter, estes autores consideram que a forma como o ambiente físico e social lida com as mesmas é que determina a situação final. O desenvolvimento da criança está relacionado com as vivências e interações da criança e das experiências que a família lhe proporciona, bem como o seu contexto social. Este modelo destaca o ambiente da criança como determinante para o seu desenvolvimento, este pode ter um papel positivo ou negativo no seu desenvolvimento. “A criança pode ter sido um forte determinante das experiências atuais, mas o desenvolvimento não pode ser sistematicamente descrito sem uma análise dos efeitos do ambiente na criança” (Pimentel, 2005).

O modelo transacional implica aceitar por um lado que os fatores do ambiente podem modificar falhas biologicamente determinadas e, por outro, que há vulnerabilidades desenvolvimentais que têm uma etiologia ambiental, tal como refere Meisels & Shonkoff, (2000, citados por Pimentel, 2004), o que se torna de extrema importância no trabalho com crianças em situação de risco ou com deficiência.

- **Teoria do suporte social**

O suporte social é considerado uma das funções primárias das redes sociais, na medida em que envolve transações interpessoais e engloba apoios específicos prestados

por pessoas, grupos ou instituições (Araújo, 2010, citado por Fachadas, 2011). Contudo, Fachadas (2011) também faz referência a Pais-Ribeiro (2003) que defende que o suporte social deve ser percebido como uma experiência pessoal e não somente como um conjunto de trocas e interações.

O suporte social está relacionado com um conjunto de recursos que estão ao dispor do indivíduo. As redes de suporte prendem-se ao conjunto de recursos com quem a família pode contar, estas podem ser formais ou informais.

O suporte social pode ser de três níveis, o suporte formal, o suporte instrumental e o suporte emocional. O suporte formal, define-se como o processo através do qual as pessoas recebem informação e orientações que as ajuda a compreender o seu mundo e as mudanças que nele ocorrem

O suporte instrumental está relacionado com apoio e ações prestadas por outras pessoas, como apoio legislativo, apoio de profissionais (psicólogos, terapeutas), apoio por parte da escola, infraestruturas (rampas). Contudo, este suporte só é efetivo quando quem o recebe percebe a ajuda como apropriada.

E, o suporte emocional diz respeito aos comportamentos e relações que originam sentimentos de bem-estar afetivo e psicológico, fazendo com que a pessoa se sinta considerada, respeitada e querida (Martins, 2005, citado por Fachadas, 2011).

- **Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano**

O Modelo Ecológico, concebido por Urie Bronfenbrenner (1979, citado por Aleixo 2014), é uma abordagem que defende o desenvolvimento como um produto resultante da interação entre o indivíduo que se encontra em desenvolvimento, e o meio em que este se insere. Esta teoria defende que o desenvolvimento da criança será o resultado da sua interação nos diferentes contextos onde está inserida.

Bronfenbrenner enfatiza que o desenvolvimento do ser humano apesar de depender das características biopsicológicas, depende também das características dos contextos em que cada indivíduo está inserido bem como das suas relações. Este modelo realça que as realidades familiares, sociais, económicas e culturais funcionam como um todo, que se articulam de uma forma dinâmica entre si.

Assim sendo, esta teoria defende que o desenvolvimento da criança será o resultado da sua interação nos diferentes contextos onde está inserida.

Para Bronfenbrenner,

a ecologia do desenvolvimento humano implica o estudo científico da acomodação progressiva e mútua entre um ser humano ativo em crescimento e as propriedades em mudança dos cenários imediatos que envolvem a pessoa em desenvolvimento, na medida em que esse processo é afetado pelas relações entre os cenários e pelos contextos mais vastos em que estes cenários estão inseridos (Bairrão, 1992, citado por Aleixo, 2014, p.26).

Este modelo está dividido em 4 níveis, sendo estes:

- O Microsistema é o mais próximo do indivíduo, está relacionado com as interações mais diretas e imediatas que a pessoa pode estabelecer com o meio, estas interações influenciam o comportamento do indivíduo. Neste sistema está a família, os amigos, a escola e as crenças de cada um.
- O Mesosistema está relacionado com as interações entre os diferentes microsistemas. Ou seja, são as relações entre dois ou mais microsistemas, refere-se por exemplo no caso de uma criança às interações entre a família, a escola, o grupo de amigos.
- O Exosistema engloba o ambiente social, que não afeta nem influencia diretamente a pessoa bem como o seu desenvolvimento. Como por exemplo o local de trabalho dos pais, o círculo de amigos dos pais, a comunidade social.
- O Macrosistema envolve todos os sistemas e está relacionado com os costumes, os valores e os princípios que servem de suporte ao resto dos sistemas tais como os aspetos políticos e legislativos.

Nesta alteração de paradigma podemos identificar as seguintes implicações para a intervenção:

- Modelos de promoção que valorizam os pontos fortes das famílias e das crianças;
- Modelos de empoderamento que proporcionam espaço para a pessoa pôr em prática as suas capacidades;
- Modelos baseados nos recursos que valorizam o meio onde cada criança e família está inserida, de modo a que estes sejam postos em prática;
- Modelos centrados na família que encaram os profissionais como parceiros do processo e não como detentores da razão.

- **Modelo Biopsicossocial**

O conceito de saúde tem sofrido algumas alterações, passando de um estado de ausência de doença a um estado completo de bem-estar físico mental e social (Lopes, Ribeiro, Santo, Ferreira & Frederico, 2012, citados por Palmeiro, 2016). Tendo em conta esta evolução do conceito de saúde, na prática é natural que se assinale uma necessidade de se evoluir de um modelo de intervenção centrado na doença e nas suas causas, que não valoriza os fatores psicológicos e sociais (modelo biomédico), para um modelo centrado no doente, em que se considere que todas as suas dimensões (biológica, psicológica e social) influenciam o seu processo de saúde-doença (modelo biopsicossocial) (Lopes et al, 2012).

Deste modo, o Modelo Biopsicossocial é considerado o mais completo uma vez que valoriza três componentes principais na pessoa. O fator biológico que procura perceber a causa da doença; o fator psicológico procura perceber quais as causas psicológicas que podem desencadear perturbações emocionais e por último o fator social que tenta perceber como as causas sociais podem influenciar a saúde de cada indivíduo.

Segundo Carvalho, Almeida, Felgueiras, Santos & Franco (2016, p. 48) “Este vem substituir a perspetiva tradicional e redutora centrada nos défices «dentro da criança», e que não tomam em linha de conta as influências dos fatores contextuais ou ambientais como é o caso do modelo biomédico”.

Reis (1999) refere que:

O Modelo Biopsicossocial visa ultrapassar o reducionismo do Modelo Biomédico, deste modo, este modelo defende que a saúde e a doença não podem ser cingidas aos factores biológicos ou orgânicos, como postula, a biomedicina, uma vez que as dimensões psicológicas e social da pessoa são igualmente relevantes.

O Modelo Biopsicossocial defende que o funcionamento do corpo pode afetar a mente e o funcionamento da mente pode afetar o corpo. Em suma, este modelo parece ser atualmente o que melhor caracteriza a doença e que permite ter uma abordagem holística, integrando os fatores sociais, biológicos e psicológicos da pessoa (Dias, 2004).

2. SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE

O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) tem como objetivo a deteção e sinalização de todas as crianças em risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo, ou em risco grave de atraso de desenvolvimento, para intervir em função das necessidades do contexto familiar de cada caso e deste modo prevenir ou reduzir o risco. O SNIPI foi estabelecido pelo Decreto-Lei 281/2009 de 6 de outubro que define, na alínea a) do seu artigo 3.º, a Intervenção Precoce na Infância 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”.

Tal como explicita o Decreto-Lei 281/2006 “Quanto mais precocemente forem acionadas as intervenções e as políticas que afetam o crescimento e o desenvolvimento das capacidades humanas, mais capazes se tornam as pessoas de participar autonomamente na vida social e mais longe se pode ir na correção das limitações funcionais de origem”.

Este sistema abrange todas as crianças dos 0 aos 6 anos de idade que apresentem alguma perturbação do desenvolvimento ou que revelem um grave risco de atraso de desenvolvimento, que lhes dificulte a participação plena nos vários contextos de vida. “Os primeiros seis anos de vida são cruciais no desenvolvimento” (Papalia, Olds & Feldman, 2001, citados por Fuertes & Luís, 2014, p.1).

Fazem parte do SNIPI profissionais do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, da Saúde e da Educação. Estes Ministérios também detêm outras funções, que atuam de forma coordenada, tendo como responsabilidade:

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social:

- Promover contratação de profissionais através da colaboração com IPSS;
- Promover o acesso dos profissionais, a serviços de creche, de ama ou domicílio;
- Indicar profissionais dos centros distritais do Instituto da Segurança Social para as equipas de coordenação regional.

Ministério da Saúde:

- Assegurar a deteção e sinalização de casos;
- Encaminhar as crianças para consultas ou centros de desenvolvimento;
- Indicar profissionais para as equipas de coordenação regional;
- Proporcionar a contratação de profissionais para a constituição de equipas.

Ministério da Educação:

- Organizar uma rede de agrupamentos de escola de referência;
- Assegurar a articulação com os serviços de saúde e de segurança social;
- Assegurar a medidas educativas previstas no Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP);
- Designar profissionais para as equipas de coordenação regional.

Conforme refere o artigo 6.º do decreto Lei acima mencionado, a Comissão de coordenação do SNIPI abrange uma equipa presidida por um representante do Ministério do Trabalho e da Segurança Social e onde há representantes dos outros Ministérios. Esta Comissão decide todo o trabalho que deve ser desenvolvido pelas equipas, desde os documentos utilizados até ao Regulamento Interno, bem como o levantamento das necessidades que possam existir nas equipas.

As Equipas Locais de Intervenção (ELI's) podem agregar vários municípios. Estas equipas estão sediadas em Centros de Saúde, em Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) ou em outras instalações e a coordenação das equipas é assegurada por um dos elementos da mesma.

Todas as e famílias que são acompanhadas pelas ELI's têm um plano individual, e este plano consiste "(...) na avaliação da criança no seu contexto familiar, bem como a definição de medidas e acções a desenvolver (...)" (Decreto-Lei 281/2009, artigo 8.º)

Um longo caminho foi percorrido até se chegar às atuais práticas recomendadas em Intervenção Precoce. Desde a década de 60 até aos dias de hoje, verificaram-se grandes alterações no modo como se operacionalizam as práticas em Intervenção Precoce. A evolução dos modelos e práticas correspondem a percursos que se baseiam em razões histórico-sociais e em investigações no campo da psicologia do desenvolvimento (Almeida, 1997, citado por Costa, 2012). Esta evolução surge devido ao contributo de grandes estudiosos da área, que defendiam e defendem diferentes teorias, importa salientar que os EUA foram pioneiros em todo este processo.

Nos anos 60 surgem os primeiros programas de Intervenção Precoce que tinham em conta única e exclusivamente a criança e a patologia associada, deixando de parte os contextos em que a criança estava inserida bem como os cuidadores da mesma. Estes programas apenas consideravam o estímulo, com o objetivo de evitar ou prevenir atrasos a nível do desenvolvimento.

Anos mais tarde, mais precisamente no final dos anos 60, surge um programa inovador nos EUA, o Programa Portage, que tinha como objetivo apoiar crianças com necessidades educativas especiais em idade pré-escolar, introduzindo a vertente de apoio em contexto domiciliário e envolvendo a família.

Para Serrano (2007, p. 28),

(...) embora a IP começasse por estar centrada na criança depressa nos apercebemos de que a participação dos pais aumentava a eficácia dos programas e consequentemente a IP expandiu o sistema de prestação de serviços com o objetivo de incluir outros membros da família e a comunidade como um todo.

Na década de 70, nos EUA, foram surgindo novos programas e estes visavam a integração de bebés e crianças em risco biológico, estabelecido ou ambiental e a família começou a ter um papel mais participativo na intervenção com seu filho. No entanto, os profissionais continuavam a ser a fonte de saber, ou seja, o parecer dos pais não era valorizado.

Nos anos 80 com a contributo de vários especialistas da área, surgem novos programas de intervenção que deixam de focar a criança como centro de intervenção, passando o enfoque para a família e considerando esta parceira no processo de intervenção, bem como nas tomadas de decisão.

Por fim, na década de 90 a abordagem centrada na família, passa a ter um papel fundamental. As crianças, as famílias, os profissionais e os serviços fazem parte do mesmo sistema e trocam e partilham ações recíprocas.

As investigações quer na área do desenvolvimento da criança quer no impacto dos programas de IPI demonstram existir resultados desenvolvimentais positivos para as crianças em risco e suas famílias, se forem salvaguardados aspetos como a qualidade, terem uma dinâmica multidisciplinar, serem centrados na família, estando esta envolvida ativamente na construção e implementação dos programas, tiverem em linha de conta os vários contextos de desenvolvimento onde a família se insere, nomeadamente a comunidade e claro respeitarem os valores, direitos e contextos culturais das famílias (Correia & Serrano, 1994, p. 90, 91).

Hoje a intervenção precoce é encarada como um conjunto de serviços e apoios, que podem ser prestados em diferentes contextos, e que se desenvolvem com base numa relação de parceria com a família, com o objetivo de promover o desenvolvimento das

crianças, em idades precoces, com deficiências ou incapacidade, atraso de desenvolvimento ou em risco grave de atraso de desenvolvimento, e de melhorar a sua qualidade de vida, assim como a das suas famílias (Tegethof, 2007).

Segundo Almeida (2004, p. 65):

A Intervenção Precoce dirige-se, portanto, à família, família essa que inclui obviamente a criança e, é hoje entendida como uma prática que se baseia numa rede integrada de serviços, apoios e recursos, que dão resposta às necessidades do conjunto da unidade familiar.

CAPÍTULO III- PRÁTICAS RECOMENDADAS EM INTERVENÇÃO PRECOCE

1. Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce

Como já foi referido, ao longo dos últimos anos, temos assistido a uma grande evolução no que se refere às práticas em Intervenção Precoce.

Neste momento existem recomendações que promovem o enfoque às competências da criança, bem como da sua família e consideram essencial a criação de uma parceria baseada na confiança entre os profissionais da equipa e as famílias, para que em parceria consigam alcançar os objetivos que em conjunto foram delineados.

Dunst (2000) e seus colaboradores desenvolveram o modelo de intervenção precoce de terceira geração. Este modelo apresenta evidências no que se refere à influência dos sistemas sociais e das variáveis ambientais que promovem o desenvolvimento e fortalecimento familiar (Carvalho et al., 2016). Mais abrangente do que os anteriores, o modelo de terceira geração enaltece, ainda, outros aspetos importantes das influências envolvermentais e do seu papel nas intervenções, realçando as características da criança e a interação entre a mesma e os seus pais. Este modelo, é constituído pelas: oportunidades de aprendizagem da criança, o apoio às competências dos pais, os recursos da família/ comunidade e as práticas de ajuda centradas na família, que têm como objetivo garantir que as experiências e oportunidades proporcionadas às crianças, pais e famílias, atinjam a promoção das suas capacidades. Tendo em conta os quatro componentes principais acima referidos, o modelo inclui também três elementos decorrentes da sua intersecção: cenários de atividade diária, estilos de interação parental e oportunidades de participação dos pais. Estes possibilitam operacionalizar as práticas que proporcionam a otimização do desenvolvimento da criança (Almeida, 2011).

Passámos do paradigma tradicional para um novo paradigma, uma vez que permite que a sociedade encare a criança como um todo, pois existem vários fatores que influenciam o desenvolvimento da criança (ambientais, emocionais, entre outros).

Esta modificação tem impacto no modo como o profissional atua.

Numa abordagem centrada na família, os apoios incluem informação, aconselhamento, e orientação, que tanto fortalecem o conhecimento e capacidades parentais como promovem a aquisição de novas competências necessárias para cuidar da criança e criar oportunidades de desenvolvimento e aprendizagem (Carpenter, 2007).

O papel dos profissionais de intervenção precoce, atualmente, deve passar por estabelecer um equilíbrio, entre intervenção direta com a criança, como pelo aconselhamento aos pais, passagem de competências, como por ser mediador de recursos na comunidade, e esta atuação pode ser feita nos vários contextos de vida da família e da criança, isto é, pode ser no contexto de jardim de infância, como no domicílio ou em outros contextos que sejam significativamente importantes para a família. “O papel dos profissionais expandiu-se de uma intervenção direta, providenciando terapia e ensino, para prestarem também serviços indiretos sob a forma de parcerias colaborativas com pais e educadores” (Mendes, 2010, p.46).

“A maneira ‘como’ o apoio é prestado importa tanto, se não mais, quanto ‘o que’ se faz” (Dunst, 2000).

Bayley & Wolery (1992) referem o papel que o profissional de intervenção precoce deve desempenhar, face aos níveis do sistema ecológico:

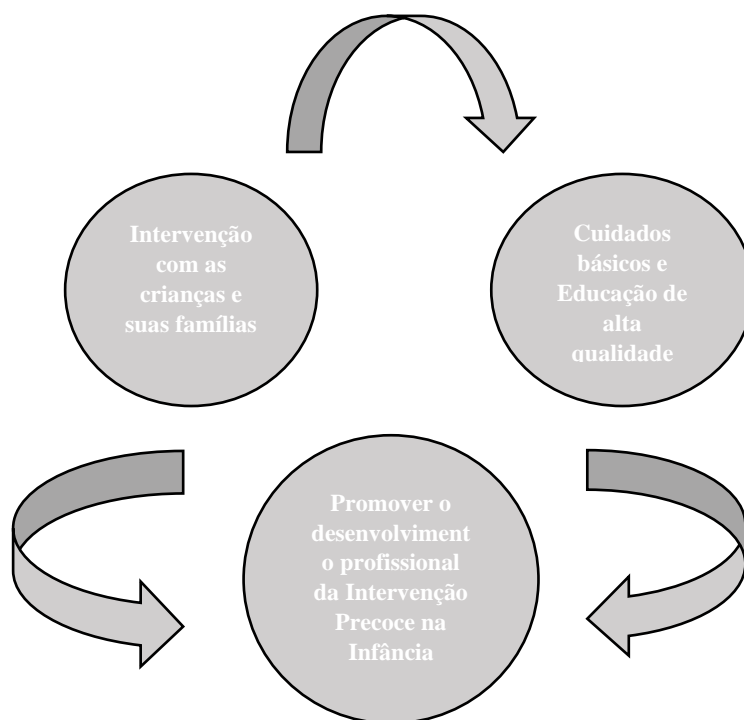
- No que se refere à Criança, o profissional deve conhecer o desenvolvimento e características da criança, perceber quais as maiores dificuldades da criança, avaliar as necessidades e as forças da criança e criar e executar atividades que proporcionem aprendizagem à criança.
- A nível do Microsistema - O profissional deve conhecer as características destes contextos, compreender as influências dos mesmos na vida da criança, trabalhar com esses contextos, adequar os mesmos tendo em conta as necessidades da criança, ajudar a criança a adaptar-se às exigências destes contextos e comunicar de forma eficiente com os indivíduos pertencentes a esses contextos.
- A nível do Mesossistema - O papel do profissional deverá passar por identificar e ajudar a resolver problemas entre profissionais, entre contextos ou entre pais e profissionais; deverá também participar e promover o trabalho em equipa; promover a participação da família nas reuniões; facilitar a transição de programas; bem como defender os direitos da criança e da família.
- O que se refere ao Exossistema - O papel do profissional deverá passar por conhecer e aderir aos regulamentos do serviço, promover a melhoria nas orientações dos serviços, conhecer os programas e serviços disponíveis, identificar e valorizar as redes de suporte informais e compreender a influencias das estruturas sociais no funcionamento da família.

- Por fim, a nível do Macrosistema - O papel do profissional de intervenção precoce deve ser o de justificar a necessidade de serviços para a população, atuar na defesa dos direitos do serviço, avaliar os serviços dentro do seu contexto social, compreender o contexto mais vasto onde as famílias têm de atuar e compreender o contexto mais vasto onde se inserem creches, hospitais, entre outros.

Guralnick (2005, citado por Fuertes & Luís, 2014) refere que a Intervenção Precoce deve assentar nos seguintes eixos:

- Deve ocorrer cedo e atempadamente, uma vez que os atrasos de desenvolvimento não passam com o tempo, agravam-se. Logo é pertinente atuar cedo, avaliar cada caso como sendo único, a avaliação deve ter como basear-se nas preocupações das famílias, perceber o que está na origem do problema e encontrar respostas adequadas a cada situação.
- Deve ser centrada na criança e na sua família – muitas vezes o problema não é a criança. Mas sim os pais que têm dificuldade em conviverem com o problema ou colocar em prática as suas soluções. Em outros casos, podem mesmo ser os pais, parte do problema, se tiverem comportamentos de risco, económicos, ou de saúde, entre outros.
- Realizada nos contextos de vida criança – uma vez que esta tem como objetivo “melhorar” os contextos de vida criança, promovendo um maior bem estar, relações de melhor qualidade e mais momentos de aprendizagem.
- Baseada nas forças da criança e da família – as equipas de intervenção precoce devem ajudar as famílias a perceber e colocar em prática os seus recursos e aptidões naturais e mudar o foco das famílias que está ligado com suas preocupações, inquietações e dificuldades
- Respeitar o papel dos pais como especialistas dos filhos e como parceiros de intervenção – existem melhores resultados se os profissionais escutarem os pais, partilharem com eles informação, estratégias e decisões que melhorem as suas competências.
- Num trabalho de equipa transdisciplinar – deve existir uma união e partilha de conhecimentos entre todos os profissionais, de forma a apoiar a criança e a sua família.

Como se pode constatar o profissional de IP tem de desempenhar diferentes papéis:



Fonte: Própria

Segundo Dunst & Bruder (2002):

Para que a intervenção através das práticas centradas na família seja desenvolvida em pleno, salientam a necessidade de uma boa coordenação de serviços e recursos. Quando existe, tem como principais resultados: o acesso mais fácil aos serviços, melhor informação às famílias, maior disponibilidade de financiamentos, melhoria da qualidade dos serviços, maior disponibilização de apoios e recursos, melhor relacionamento entre a família e os profissionais, melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos pais e da família.

1.1 Intervenção centrada na família

A Intervenção Centrada na Família resulta em práticas onde o papel principal da família é reconhecido e respeitado.

Este termo refere-se à maneira como tratamos as famílias e aquilo que temos em atenção. Lidamos com as famílias através de atitudes e comportamentos positivos, responsivos, prestando atenção a todos os seus membros, revelando amizade e sensibilidade. Aquilo que temos em atenção inclui as necessidades dos membros da família, para além das da criança, seguindo a teoria de que

aquilo que afeta um membro da família, tem impacto em todos os restantes (McWilliam, 2010, p.15).

Entre as características dos programas de qualidade, comprovadas pela evidência, destacam-se: a individualização, uma intervenção centrada na família (ICF), baseada na comunidade, no trabalho em equipa transdisciplinar e na coordenação de serviços, desenvolvida nos ambientes naturais de aprendizagem da criança, embebida nas rotinas diárias e tendo como referência uma perspectiva funcional (Almeida, 2011, p. 6).

Os modelos de intervenção centrados na família, vêm contrariar a prática que foi desenvolvida durante muitos anos, pelos profissionais de saúde. Esta prática defendia que os profissionais eram os maiores especialistas, detentores da razão e das escolhas, afastando a família de todo o processo de todas as tomadas de decisão a ele inerentes. Estes avanços estão relacionados com o reconhecimento da família como contexto fulcral da criança, na valorização das escolhas da família bem como das suas tomadas de decisão.

Segundo Simeonsson & Bailey (1990, citados por Fuertes, 2016, p. 14) destacam-se várias fases que distinguem o papel da família aos longo dos tempos, no processo de intervenção:

- não envolvimento – houve períodos em que a família não participava na intervenção, era meramente informada das decisões dos técnicos. Os resultados indicaram que estas práticas não eram eficazes;
- envolvimento passivo – posteriormente, a família começou a ser envolvida e os seus problemas e necessidades foram ouvidas, mas eram os técnicos que faziam o “diagnóstico” e planeavam a intervenção. Esta visão desvalorizava as potencialidades da família e desresponsabilizava-a. Os resultados deste modelo foram ultrapassados pelo modelo seguinte;
- envolvimento ativo – a equipa formula o plano de intervenção com a família e, a família é envolvida nas atividades designadas para a criança (corresponsabilização da família). Neste modelo os pais relatam as suas preocupações e necessidades e, partindo desta informação, os técnicos definem um plano de ação. No delineamento do plano, os pais são ouvidos sobre as estratégias a implementar. A família é frequentemente informada dos progressos da criança e incluída no programa com atividades a desenvolver em casa;
- Práticas de intervenção centradas na família.

As práticas centradas na família pretendem ser individualizadas, flexíveis e pretendem dar resposta às preocupações e prioridades da família. Possibilitam o envolvimento ativo da família de forma a obter recursos que desejam e que são necessários para alcançar os objetivos por si delineados (Almeida, 2011).

“Deste modo, parece-nos mais correto que, em vez de falarmos sobre participação da família nos serviços de IPI, comecemos a falar da participação do técnico nas metas e objetivos das famílias” (Gonçalves & Simões, 2010, p. 160).

O modelo de intervenção centrado na família proposto por Dust (2000) preconiza:

- Oportunidade de aprendizagem da criança;
- Apoio aos pais;
- Recursos da família e da comunidade.

A prestação de serviços centrada na família, transversal às diferentes disciplinas e contextos, reconhece a importância fulcral da família nas vidas dos indivíduos. Orienta-se por um conjunto de escolhas devidamente informadas e feitas pela família e foca-se nos pontos fortes e capacidades das famílias (Allen & Petr, 1996, citados por Carvalho et al, 2016, p.77).

Segundo Almeida (2004, p. 65)

Quando se desloca a unidade de intervenção da criança para a família, está-se a abandonar uma perspectiva de estimulação precoce em que a criança surgia como o principal alvo do programa de intervenção. É a família como um todo que deve ser considerada simultaneamente como receptora e agente activo do programa.

Segundo Fuertes (2016, p. 13)

A família é quem melhor conhece a criança e, portanto, é detentora de informação preciosa para os técnicos, que a devem ouvir e respeitar. A família conhece melhor os hábitos, os interesses e as necessidades da criança e os técnicos podem ajudá-la a concretizar os objetivos da intervenção mediante uma parceria.

O Modelo de Apoio Centrado na Família, defende que é importante prestar ajuda aos pais para que consigam chegar aos serviços e ganhar capacidades que são necessárias para o desenvolvimento da criança e da família, estabelecendo e priorizando necessidades. Deste modo, o objetivo final é que a família após a intervenção seja capaz de gerir os recursos que necessita.

“O conceito subjacente à intervenção focada na família é de que o funcionamento da criança pode ser otimizado quando se providenciam serviços no sentido de aumentar a competência das suas famílias” (Mahoney, O’Sullivan & Dennenbaum, 1990, citados por Pimentel, 2004 p. 84).

"Os objetivos dos programas de apoio à família são capacitar e corresponsabilizar as pessoas pela promoção e aumento das capacidades individuais e familiares que apoiam e fortalecem o funcionamento familiar" (Dunst & Trivette, 1994, citados por Pimentel, 2004, p. 64).

Este modelo também defende o:

Fortalecimento Proactivo através da Parceria" ao enfatizar "a identificação das forças e recursos da criança e da família (proactiva), a capacitação e o fortalecimento de competências dos pais para que estes desempenhem melhor o seu papel (empowerment), usando uma relação de parceria entre pais e profissionais (Pimentel, 2005, p. 66).

Para Serrano (2007) este modelo "baseia-se no pressuposto de que o apoio social, fator contextual mais periférico, influencia direta e indiretamente o bem-estar e o funcionamento da família e o desenvolvimento da criança. Os princípios base do modelo centrado na família são:

- Toda a família é uma unidade de intervenção;
- Profissionais e famílias trabalham em parceria e colaboração, por oposição ao modelo de perito vs família;
- As práticas de intervenção respondem às prioridades e objetivos da família;
- Os profissionais são agentes ao serviço da família;
- As práticas de intervenção são individualizadas para cada família.

“Estes princípios remetem-nos para uma intervenção de práticas centradas na família, constituindo o eixo nuclear da actuação. O reconhecimento de que todas as famílias têm capacidades e pontos fortes tornou-se no legado mais importante das práticas de IPI” (Gonçalves & Simões, 2010, p. 160).

A intervenção centrada na família vem contrapor o modelo que se centrava apenas no desenvolvimento da criança, o que maioritariamente se mostrava limitativo, ou seja vai descentrar-se desta e passa a focar-se na família “Idealmente, o modelo ajudará os profissionais a compreender as interações e ligações entre as características da criança e

da família com as características dos programas de intervenção precoce e o desenvolvimento da criança” (Wolery, 2000, citado por Pimentel, 2004. p. 87).

Esta intervenção tem em atenção os seguintes componentes:

- características da família;
- os padrões familiares;
- os fatores de stress relacionados à situação da criança e que vão influenciar os padrões familiares.

Segundo Krauss (2000, citado por Pimentel, 2004), se as características das famílias estão dentro dos padrões considerados “normais”, há um desenvolvimento da criança de acordo com o que é esperado. Se existe algum desajuste familiar, este pode influenciar de forma negativa o desenvolvimento da criança.

Este modelo, também pode ajudar a regular o stress parental pelo qual muitas das famílias passam. Uma vez que, o nascimento de uma criança com deficiência tem um impacto com sentimentos negativos, desilusões que são devastadoras na família e que podem gerar um grande desequilíbrio e desorganização familiar. Perante estas situações, os profissionais de Intervenção Precoce devem orientar, tranquilizar e apoiar os pais durante todo o processo.

Outro dos objetivos do modelo centrado na família passa também pelo trabalho com máxima eficácia com a criança, os pais e os profissionais de intervenção precoce devem trabalhar em equipa e dar enfoque ao envolvimento ativo, aprendizagem da criança e devem também individualizar e adaptar mais o plano tendo em conta as suas necessidades. Uma vez que as experiências providenciadas pelos pais em casa, as experiências do jardim de infância e de outros contextos da vida comunitária são igualmente importantes e sobretudo essenciais para o desenvolvimento das competências ambicionadas. Porém, e tendo em contra a intervenção precoce centrada na família, caberá à família decidir quais são os contextos naturais da sua vida e da vida do seu filho em que devem ocorrer estas experiências de aprendizagem, como refere Tissot & Thurman (2002, citados por Pimentel, 2004).

“No caso de estarmos a pensar adotar uma abordagem centrada na família, a primeira coisa a fazer é descobrir o que desejam as famílias – quais as suas expectativas, as suas preocupações e o que esperam conseguir envolvendo-se com os nossos serviços” (McWilliam, Winton, & Crais, 2003, citados por Aleixo, 2014, p. 31).

1.2 Modelo de trabalho em equipa transdisciplinar

Almeida (2013, p.28) refere que: “O modelo transdisciplinar veio promover um enfoque pluralista do conhecimento, objetivando a unificação do saber, através da articulação entre as diferentes vertentes da compreensão do mundo. A vantagem consequente da implementação de um trabalho transdisciplinar é a diminuição da individualidade.”

Quando os adultos trabalham em conjunto para estabelecer e manter contextos de aprendizagem ativa para as crianças, os efeitos são inúmeros. Ao colaborarem, os elementos da equipa obtêm reconhecimento, um sentido de trabalho bem-sucedido e um sentimento de pertença a um grupo de indivíduos que pensam de forma semelhante (Hohmann & Weikart, 2007, citados por Antunes, 2016, p.6).

McWilliam (2010, p. 16) refere que:

Este modelo de prestação de serviços assenta no trabalho de uma pessoa que aborda áreas tradicionalmente abrangentes pela sua própria disciplina, bem como áreas normalmente trabalhadas por pessoas de outras áreas disciplinares. Por conseguinte, pressupões que as pessoas de outras disciplinas prescindam do seu papel e que o prestador de serviços transdisciplinar aceite esses diversos papéis. É diferente de uma prestação de serviços multidisciplinar, a qual envolver múltiplos profissionais, cada um intervindo autonomamente e apenas na respetiva área de especialização. É também distinta da prestação de serviços interdisciplinar, a qual envolve múltiplos profissionais trabalhando nas respetivas áreas de especialização, mas em comunicação uns com os outros.

“O Modelo de trabalho em equipa Transdisciplinar pressupõe um funcionamento em equipa mais estruturado e integrado, em que há coresponsabilização nas tomadas de decisão, apoio mútuo nas intervenções através da partilha de informação e de saberes.” (Franco, 2007, p.118). Nestas equipas são passadas estratégias ao profissional que trabalha com a criança e respetiva família, pelos outros profissionais da equipa. Desta forma, os outros profissionais apenas supervisionam e ajudam a planificar as atividades necessárias para o desenvolvimento da criança.

Tal como refere McWilliam (2003, citado por Mendes, 2010, p. 57) no modelo transdisciplinar:

cada profissional tem a sua área de especialidade, só um profissional apoia a família e implementa intervenções planeadas e supervisionadas por outros profissionais, este modelo facilita a visão global da situação, sendo que a planificação é unificada e os profissionais têm oportunidades de aprender estratégias de outras especialidades.

A abordagem transdisciplinar tem sido reconhecida como a melhor prática implementada em Intervenção Precoce. A transdisciplinaridade é reconhecida pela redução da fragmentação de serviços que proporciona e pela redução de relatos confusos e informação distorcida partilhada com as famílias.

Fuertes & Luis (2014, citado por Fuertes 2016 p. 12) referem que: “A equipa de intervenção precoce especializada ajuda a planear, a imaginar soluções, oferece apoios terapêuticos e promove uma boa comunicação entre todas as partes envolvidas.” Estes autores referem também, que mais do que uma intervenção de gabinete, uma vez por semana, com um técnico, a equipa de intervenção precoce procura combinar estratégias com todos aqueles que convivem com a criança no seu dia a dia, promovendo assim, uma intervenção constante, aumentando as oportunidades de aprendizagem.

Tal como referem King, Strachan, Tucker, Duwyn, Desserud, & Shillington, (2009) o modelo de trabalho em equipa transdisciplinar é definido como “partilha de funções que atravessa fronteiras disciplinares para que a comunicação, interação e cooperação sejam maximizados entre membros da equipa.” Ou seja, os membros da equipa, comprometem-se a ensinar e a aprender juntos. Existe uma troca de saberes e de aprendizagens. A transdisciplinaridade promove desafios profissionais, pessoais e interpessoais. Para estes autores, os técnicos devem conseguir assegurar uma «libertação de papéis» e um trabalho colaborativo com os restantes membros da equipa com vista ao estabelecimento de uma relação de confiança que promova a partilha de conhecimentos e estratégias.

É importante trabalhar em equipa no modelo transdisciplinar e, tal como também referem King, Strachan, Tucker, Duwyn, Desserud, & Shillington (2009), as competências requeridas para a transdisciplinaridade vão muito para além de competências específicas de conhecimentos e estratégias. Incluem qualidades pessoais, como a empatia, autorreflexão, controlo emocional, sensibilidade, autenticidade, saber ouvir, facilitar estratégias de comunicação.

O profissional da equipa de Intervenção Precoce que trabalha diretamente com a criança e a sua família não trabalha sozinho, indiretamente os restantes profissionais

devem estar presentes em todas as decisões que são tomadas. Assim rentabilizam-se recursos e a comunicação com as famílias é mais eficaz.

Segundo Almeida (2004, p. 66)

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

1.3 Papel do profissional de intervenção precoce na infância

O modelo de intervenção centrado na família encara-a como potencial dinamizadora de novas aprendizagens e competências no contexto da vida diária, desafiando os profissionais de Intervenção Precoce a adequarem e qualificarem a sua prática profissional, exigindo um maior envolvimento com a família de forma a que se alcancem os objetivos delineados para cada caso.

Segundo Duarte (2018, p. 28):

No que se refere aos profissionais, a intervenção centrada na família exige-lhes uma mudança relativamente à forma de encarar o seu papel fora de um modelo de intervenção tradicional e, também, daquilo para que foram maioritariamente preparados, ou seja, trabalhar diretamente com as crianças.

McWilliam (2010) salienta que é necessário existir uma boa comunicação entres os profissionais e as famílias de forma a promover confiança, respeito e sentimento de igualdade. Portanto deve existir uma parceria, baseada no respeito mútuo, na partilha de responsabilidade e esta relação deve respeitar as crenças de cada um, pois é a única forma de existir uma intervenção centrada na família. A família também deve sentir que o profissional respeita e valoriza as suas tomadas de decisão.

Fialka (2001, citada por McWilliam, 2010, p. 145) refere também que:

Muitas vezes, as prioridades dos pais e dos profissionais são divergentes. É como se cada um de nós tivesse uns auscultadores e ouvisse a sua música com a sua própria melodia, letra e ritmo. Há a música da mãe, a do pai, a do terapeuta da fala, a do neurologista e a do professor.

Perante estas situações o profissional deverá tentar compreender aquilo que é importante para a família e o porquê, isto é mostrar interesse e respeito.

É importante o profissional de IPI estabelecer uma relação de empatia e escuta com a família, uma vez que estes comportamentos promovem eficácia e laços “sem criar laços com os adultos da família, este profissional será ineficiente” (McWilliam, 2010, p.159).

Como já foi referido, neste tipo de intervenção os profissionais devem incentivar os pais a dar opiniões e ideias, devem também, reconhecer as qualidades das crianças e das famílias. O profissional de Intervenção Precoce procura capacitar e dar empoderamento à família. No que se refere ao capacitar o profissional deve procurar passar estratégias, ou criar momentos de aprendizagem, de forma a colmatar as dificuldades da criança, bem como da própria família, isto é, aumento ou criação de competências na família. Em relação ao empoderamento, este está relacionado com o “poder” que o profissional de Intervenção precoce proporciona à família, de forma a que os pais se sintam os principais condutores do todo o processo de forma a atingirem os seus objetivos, ou seja salienta a capacidade da família alcançar as suas necessidades e atingir os seus desejos. O empoderamento pretende assumir que todos os indivíduos têm capacidades, quando estas não são postas em prática é porque existe alguma falha nos sistemas sociais que não dão oportunidade para que as competências das pessoas sejam demonstradas.

Para além de perceber as expectativas e as preocupações da família, o profissional de intervenção precoce também deve perceber:

- Quais as redes de apoio informal da família (amigos, vizinhos, outros familiares);
- Quais os valores e crenças familiares;
- Quais as adaptações familiares ou estratégias para lidar com os problemas (as prioridades e o que consideram relevante);
- Quais as perceções da família acerca das necessidades e pontos fortes da criança;
- Quais as prioridades da família.

CAPÍTULO IV – ESTUDO EMPÍRICO

1. Problemática e contextualização

No âmbito das práticas em intervenção precoce, percebemos que o modelo de trabalho centrado na família, é um modelo exigente que implica uma mudança de atitude por parte dos profissionais, estes devem deixar de lado o papel de especialistas, detentores da razão e abraçarem a família como parceira de trabalho, compreendendo os seus anseios e apoiando as suas tomadas de decisão.

Arroz (2015, citado por Duarte, 2018) no seu estudo sobre as práticas de intervenção em IPI, apurou que, mesmo quando os profissionais estão entrosados com o modelo de intervenção centrado na família, apresentam ainda dificuldades em colocar o mesmo em prática, predominando as práticas direcionadas para a criança.

Almeida (2009) também reconheceu alguns problemas ao nível das práticas centradas na família, mais precisamente por não existir um envolvimento ativo das famílias nas escolhas e nas tomadas de decisão e, portanto, dificuldades por parte dos profissionais em seguir as práticas recomendadas.

Deste modo, esta investigação surge com o desejo de perceber e analisar se é realmente operacionalizado o Modelo de Trabalho Centrado na Família numa Equipa Local de Intervenção.

2. Objetivos do estudo

Iniciamos este tópico, com a definição da questão de partida, bem como dos objetivos que nortearam todo o processo de investigação.

Assim, a questão de partida foi: As práticas implementadas pela equipa local de intervenção precoce são centradas na família ou na criança?

Como já foi referido, para melhor conseguir compreender e analisar a problemática deste estudo, foram formulados os seguintes objetivos:

- ✓ Saber se os profissionais da equipa têm conhecimento sobre as práticas inerentes ao modelo de trabalho centrado na família.
- ✓ Compreender se existe dificuldade na implementação deste modelo, e quais as razões dessa dificuldade.

- ✓ Perceber se os profissionais consideram a família como parceira na intervenção e se a envolvem no processo.
- ✓ Analisar se a intervenção centrada na família pode ser implementada nos contextos em que a equipa habitualmente intervém.

3. METODOLOGIA

Face ao objetivo desta investigação, considerou-se pertinente seguir uma metodologia de investigação qualitativa ou interpretativa, uma vez que seria a mais adequada para perceber os fenómenos inerentes à problemática deste estudo.

Este tipo de metodologia consiste em descrever e compreender o comportamento humano na sua plenitude. Procura fazer uma interpretação do real, devendo ser entendida como uma modalidade de investigação cujo interesse reside na representação da realidade tal como ela é experienciada pelos sujeitos ou grupos a partir do que pensam e como agem (Bogdan & Biklen, 1994).

O traço marcante destas metodologias reside no facto de que as questões a investigar não são definidas a partir da operacionalização de variáveis ou de hipóteses previamente formuladas, mas segundo objetivos de exploração, descrição e compreensão dos fenómenos em toda a sua complexidade, privilegiando um contacto estreito e prolongado com os sujeitos no seu meio natural (Silva, 2013, p.2).

Deste modo, é possível afirmar que as investigações qualitativas favorecem, a compreensão dos problemas tendo em conta a perspetiva dos sujeitos da investigação.

3.1. Participantes

A amostra foi selecionada por conveniência, tendo sido selecionados os elementos que fazem parte de uma Equipa Local de Intervenção (ELI) que atua em três concelhos. Esta equipa é constituída por duas docentes, uma Educadora de Infância e uma Professora de 1º ciclo, colocadas pelo Ministério da Educação; a educadora de infância tem 23 anos de experiência, especialização em educação especial e trabalha em Intervenção Precoce há 10 anos; a professora de 1º ciclo, tem especialização em educação especial, não tem experiência na área da IPI, uma vez que foi colocada pela primeira vez nesta ELI no presente ano letivo. Colocadas, nesta equipa, pelo Ministério do Trabalho e da

Solidariedade Social, há uma Psicóloga com mestrado em psicopatologia e psicologia clínica, com 17 anos de experiência profissional, dos quais 15 anos em IPI, a tempo inteiro, e uma Assistente Social com 25 anos de experiência profissional, dos quais 12 anos em IPI, porém apenas com 12 horas semanais na equipa. Colocadas pelo Ministério da Saúde a tempo inteiro, está uma Técnica de Reabilitação Psicomotora com pós-graduação em medicina do exercício e do desporto, com 7 anos de experiência profissional em IPI, e uma Terapeutas da Fala, com 20 anos de experiência na área da terapia da fala pediátrica e 2 anos de experiência em IPI, com uma pós-graduação em motricidade orofacial. Também faz parte da equipa uma terapeuta da fala, com 10 horas semanais, com 7 anos de experiência em IPI. A entidade promotora desta ELI, de forma a reforçar a equipa, cede também uma terapeuta ocupacional, com 7 anos e experiência profissional na área da terapia ocupacional pediátrica e 2 anos de experiência em IPI, com 12 horas semanais na equipa e uma Psicóloga com mestrado em psicologia, acompanhamento e psicoterapias, com 5 anos de experiência profissional e com um ano de experiência em IPI, com 8 horas semanais na equipa.

3.2 Instrumentos

Os instrumentos para a recolha de dados foram selecionados após uma análise documental e bibliográfica sobre o tema. Assim sendo, para que a presente investigação tivesse consistência, credibilidade e de modo a conseguir complementar a informação, considerou-se pertinente utilizar três métodos de recolha de dados. Assim, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Escala de Intervenção Focada na Família (Pimentel, 2003) (vide Anexo I).
- Grelha de observação participante (adaptação McWilliam, 2010) (vide Anexo II).
- Entrevista em grupo focal (vide Anexo III)

A escolha dos instrumentos acima referidos permitiu dar resposta aos objetivos do estudo e às questões de investigação inicialmente definidas, bem como fornecer uma maior diversidade de informação, permitindo a triangulação dos dados.

A Escala de Intervenção Focada na Família (EIFF) é uma adaptação da Family Focused Intervention Scale de Mahoney, O'Sullivan e Dennenbaum (1990), esta adaptação foi realizada por Pimentel (2003).

A EIFF permite a análise de questões relacionadas com a família e com o programa, satisfação, expectativas e pontos de vistas de famílias face ao programa de IPI em que está inserida. Existem quatro versões da escala, duas para os pais e duas para os profissionais, em que uma versão procura aceder às suas perceções em relação às práticas e a outra à importância que estes lhe atribuem. A escala é composta por 40 itens cotados numa escala Likert de seis pontos, em que o ponto 1 corresponde a nunca e o 6 a sempre. A escala pode ser preenchida direta ou indiretamente. Os itens encontram-se distribuídos por duas subescalas, sendo a primeira focada na criança (SFC) e a segunda enquadra os serviços focados na família (SFF). Há correspondência dos itens entre as duas versões centrando-se em dois públicos-alvo, famílias e profissionais, e na perceção dos serviços recebidos/prestados e a importância atribuída a cada um. Para esta investigação, optou-se por realizar apenas as duas versões referentes aos profissionais, tendo em conta que o objetivo do estudo é compreender o ponto de vista dos profissionais de uma ELI em relação ao Modelo de Intervenção Centrado na família.

A outra técnica de recolha de dados para este estudo foi a observação participante. “A Observação Participante é realizada em contacto directo, frequente e prolongado do investigador, com os actores sociais, nos seus contextos culturais, sendo o próprio investigador instrumento de pesquisa” (Correia 2009, p.31).

Na observação participante, o investigador é o principal instrumento da investigação, sendo uma clara vantagem, dada a possibilidade de estar disponível para colher dados ricos e pormenorizados, através da observação de contextos naturais e nos quais é possível ter acesso aos conceitos que são usados no dia-a-dia, por se conhecer a linguagem dos intervenientes (Amendoeira, 1999, citado por Correia, 2009, p. 33).

Spradley (1980, citado por Correia 2009, p. 30) refere que “na observação participante, enquanto técnica utilizada em investigação, o investigador deverá destacar que os seus objetivos vão mais além da minuciosa descrição dos componentes de uma observação, o investigador deverá identificar o sentido, a orientação e a dinâmica de cada momento. “

Bogdan e Taylor (1975, p. 31) definiram “Observação participante como uma investigação caracterizada por interacções sociais intensas, entre investigador e sujeitos, no meio destes, sendo um procedimento durante o qual os dados são recolhidos de forma sistematizada.”

Segundo Evertson e Green (1986, citados por Mónico, Alferes, Castro, & Parreira, 2017, p. 724)

reconhecemos que toda a observação – científica vs. quotidiana ou direta vs. indireta possibilita, por parte de quem observa (para além da aquisição e clarificação de informações sobre uma dada realidade), a identificação de problemas, o entendimento de conceitos, bem como a análise de relações e aplicações de esquemas de diferenciação dos mesmos.

A observação participante permite-nos assistir a determinadas situações, que muitas vezes são difíceis de alcançar através de entrevistas ou instrumentos de auto-avaliação. Segundo Correia (1999, citado por Mónico, Alferes, Castro, & Parreira, 2017, p. 725)

A observação participante é realizada em contacto direto, requente e prolongado do investigador, com os atores sociais, nos seus contextos culturais, sendo o próprio investigador instrumento de pesquisa. Requer a necessidade de eliminar deformações subjetivas para que possa haver a compreensão de factos e de interações entre sujeitos em observação, no seu contexto. É por isso desejável que o investigador possa ter adquirido treino nas suas habilidades e capacidades para utilizar a técnica.

Esta técnica de recolha de dados é utilizada quando o investigador está interessado em perceber na primeira pessoa a realidade, a dinâmica de um grupo, no seu contexto natural. O investigador é considerado participante quando incorpora o grupo que vai estudar.

Segundo Spradley (1980, citado por Mónico, Alferes, Castro, & Parreira, 2017). A observação participante pode ser ativa, moderada ou passiva. Na participação ativa, o investigador procura saber fazer o que os outros elementos do grupo fazem, na participação moderada o investigador oscila entre uma postura participante e de observador, e por fim na observação passiva o investigador, não se envolve, adota uma postura apenas de observador.

Este tipo de investigação tem como vantagem o investigador ter uma posição privilegiada para recolher informação, bem como fazer um retrato mais fidedigno da situação em estudo. Enquanto desvantagem, este método revela dificuldade em manter um rigor absoluto nos procedimentos de investigação adotados, isto é, pode existir alguma dificuldade em o observador tomar notas ou, se gravar, em seleccionar a informação mais importante (Mónico, Alferes, Castro & Parreira, 2017).

Por fim, foi também utilizada para a recolha de dados a técnica de focus group ou grupo focal. Esta técnica foi desenvolvida no século passado na área das ciências sociais e tem vindo cada vez mais a ser objeto de utilização por parte de investigadores. Morgan (1996, 1997, citado por Veloso & Keating, 2014, p. 177) define focus group como uma “técnica de investigação de recolha de dados através da interacção do grupo sobre um tópico apresentado pelo investigador.”

Para Krueger e Casey (2009, citados por Silva, Veloso & Keating, 2014, p. 178)

os focus group são criaturas especiais no reino dos grupos, sendo que aquilo que os define e os distingue de outros tipos de grupo é o facto de serem dirigidos à recolha de dados qualitativos junto de pessoas com algum tipo de semelhança, numa situação de grupo, através de uma discussão focada.

Este método de investigação tem como vantagem conseguir obter dados de um grupo de uma forma mais rápida e flexível, isto é, pode ser utilizada para analisar diferentes temáticas bem como com vários tipos de indivíduos (Stewart, Shamdasani & Rook, 2007, citados por Silva Veloso & Keating, 2014).

O focus group é um método de investigação consistente, que promove uma partilha de conhecimento entre os participantes. É uma técnica utilizada na análise de temas que originam diferentes opiniões ou que envolvem questões complicadas.

Esta técnica permite ao investigador perceber os diferentes pontos de vista dos participantes, o que pode permitir que as conclusões do estudo passam ser mais credíveis e mais fáceis de serem aceites.

“Focus group (...) é uma técnica que visa a recolha de dados, podendo ser utilizada em diferentes momentos do processo de investigação” (Silva, Veloso, & Keating, 2014, p. 177)

Para implementar esta técnica, o investigador seleciona os participantes, o número ideal de participantes é de 6 a 8, para existir oportunidade de todos os elementos intervirem. De seguida seleciona o moderador que tem um papel fundamental, pois irá conduzir a discussão. De seguida deverá definir a questão de partida que permita que todos os intervenientes possam participar. Ao longo da discussão, o moderador deverá tentar aprofundar o máximo que consiga a questão de partida de modo a clarificar a mesma. E por fim, é feita uma análise detalhada sobre as opiniões de todos os participantes.

Segundo Juan & Roussos (2010, p. 3) “a aplicação do focus group oferece um campo mais amplo de informação que outras estratégias de investigação, mais

quantitativas, pois estas apresentam questões fechadas e já determinadas.” Também Kotler & Armstrong (2001, citados por Juan & Roussos, 2010) referem que a interação entre os elementos do grupo, pode proporcionar novas ideias e novas opiniões.

Por outro lado, Edmunds (1999, citado por Juan & Roussos, 2010, p. 8) afirma que “a maior desvantagem de um focus group reside na necessidade de pessoas muito experientes para conduzir a discussão do grupo e para analisar os resultados.”

É um método com muito potencial, principalmente na avaliação de questões em que os participantes são responsáveis pelas tomadas de decisão.

3.3 Procedimentos

Numa fase inicial do estudo foi realizada a apresentação do projeto de investigação à ELI que foi alvo deste estudo, bem como à entidade promotora da mesma. De seguida, foi estabelecido contacto com o Núcleo de Supervisão Técnica (NST) do distrito de Portalegre que coordena a equipa em questão, por sua vez o NST estabeleceu contacto com a Subcomissão Regional do Alentejo e assim obter autorização para a realização do estudo.

Para a aplicação da Escala EIFF foram agendados momentos entre a investigadora e cada profissional, de forma a ser possível esclarecer quaisquer dúvidas relativamente ao preenchimento dos itens da escala.

Para a recolha de informação no âmbito da Observação Participante, construiu-se uma grelha adaptada de McWilliam (2010) de forma a facilitar a organização da recolha de dados. O desenho deste instrumento obedeceu aos objetivos do estudo bem como à questão de partida. No sentido de efetuar a seleção de casos para observação, a investigadora e a equipa reuniram e sinalizaram famílias, bem como profissionais, que não se importariam de participar na investigação. Importa frisar que a seleção teve apenas em consideração as primeiras reuniões que estavam agendadas, a disponibilidade por parte dos profissionais, bem como das famílias. Após a sinalização das famílias em reunião de equipa, os gestores de caso de cada família, articularam com as mesmas e apresentaram a investigação e seus objetivos, sendo também apresentado o consentimento informado, as famílias indicadas pela equipa concordaram participar na investigação e assinaram o consentimento informado. Por fim, foram agendadas as Reuniões Discussão Casos (RDC), onde estiveram presentes os profissionais que acompanham o caso e as quatro famílias sinalizadas.

Também é de salientar que devido aos constrangimentos da pandemia Covid19 estas reuniões não foram presencias, tendo sido realizadas por videoconferência, sendo ainda de referir que foi obtido o consentimento das famílias para a sua gravação.

Para complementar a recolha de dados e perceber melhor o ponto de vista dos profissionais e os seus maiores desafios, foi realizado um Focus Group com a participação da maioria dos elementos que integram a equipa em estudo. A sua concretização foi proposta numa reunião de equipa e todos os profissionais concordaram em participar.. Mais uma vez, esta reunião foi realizada em videoconferência, com consentimento dos participantes para a sua gravação.

A questão colocada como ponto de partida para esta dinâmica foi: Consideram que as práticas de trabalho implementadas pela equipa são centradas na família ou na criança?

Durante o debate, a investigadora considerou enriquecedor e pertinente acrescentar outras questões que vão ao encontro dos objetivos deste estudo, de forma a identificar e compreender a opinião dos profissionais da equipa, bem como a obter mais informação sobre as suas práticas.

No início da reunião, a investigadora explicou aos profissionais qual objetivo do focus group, assegurando que não existiam respostas certas ou erradas, o importante seria gerar um debate e perceber o ponto de vista de todos os profissionais. Acrescentou também que iria ser lançada uma questão de partida para iniciar a discussão e que possivelmente iriam ser lançadas outras questões de acordo com os objetivos da investigação, por fim garantiu a confidencialidade e sigilo, bem como o anonimato de todos os profissionais identificados numericamente como profissional 1, 2, 3, 4, 5, e 6.

Tanto as reuniões de discussão de caso, como o focus group, após gravadas, foram transcritas de forma a não perder nenhum detalhe e a possibilitar a posterior análise.

Após a recolha de informação através dos instrumentos selecionados, foi feita a análise de conteúdo de toda a informação recolhida, analisando e discutindo todos os resultados obtidos, com base em todas as técnicas de recolha de dados utilizadas.

CAPÍTULO V - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo é realizada a apresentação e discussão dos resultados dos três instrumentos de avaliação utilizados para a recolha de dados. Por uma questão de método, os respetivos resultados estão organizados da mesma forma que foram descritos no capítulo 3.2 Instrumentos.

1. Escala de Intervenção Focada na Família

Neste tópico, é feita uma apresentação e discussão de resultados relativa à aplicação da Escala de Intervenção Focada na Família (Pimentel, 2003) aos profissionais que compõe a Equipa Local de Intervenção, objeto deste estudo.

De forma a facilitar a interpretação e análise dos dados do questionário, a investigadora agrupou as questões por áreas temáticas. Num primeiro grupo estão agrupadas todas as questões que estão relacionadas com a relação entre o profissional de IPI e a família, no segundo grupo as questões que estão relacionadas com o empoderamento que o profissional deverá dar à família, no terceira grupo, as questões relacionadas com a atenção do profissional face às preocupações da família e, por fim, no último grupo estão as questões relacionadas com o envolvimento do profissional com a família e a criança.

De seguida, são apresentados os resultados globais da escala aplicada a todos os profissionais da equipa (vide tabela 1).

Tabela 1 – Apresentação dos resultados do questionário

Questões O Profissional...	Nunca		Às vezes		Sempre	
	1	2	3	4	5	6
1. discute com a família os objetivos do PIIP	0		0		8	
2. pergunta à família sobre o que espera do PIIP	0		2		6	
3. questiona a família sobre o que quer para a sua família	0		3		5	
4. pergunta à família o que precisa para a criança	1		0		7	
5. fala com a família sobre o desenvolvimento da criança	0		1		7	
6. explica à família porque é que se utilizam testes	0		1		7	
7. informa como vai ser realizada a avaliação da criança	0		0		8	
8 pede à família que esteja presente durante a avaliação	4		4		0	
9. explica à família os resultados dos testes	0		0		8	
10. explica à família o que significam as avaliações	0		0		8	
11. pergunta à família quais as suas necessidades	0		2		6	
12. pergunta à família quais as suas preocupações	0		1		7	
13. ajuda a família a preparar o futuro da criança	1		0		7	
14. mostra à família como deve ajudar a criança a desenvolver-se	0		0		8	
15. pergunta aos pais o que gostariam que as crianças aprendessem	0		4		4	
16. mostra à família como deve brincar com a criança	0		2		6	
17. dá brinquedos ou jogos à criança	1		3		4	
18. dá um plano semanal/mensal de trabalho aos pais	0		4		4	
19. o profissional ouve a família	0		1		7	
20. ajuda família a lutar pelos direitos dos seus filhos	0		4		4	
21. dá oportunidade a que a família escolha o que fazer no PIIP	1		5		2	
22. pergunta como quer participar no PIIP	4		3		1	
23. ajuda a escolher os contextos educativos	3		2		3	
24. ajuda a obter ajuda de amigos e vizinhos	3		4		1	
25. dá informação sobre formas de combater o stresse	4		1		3	
26. ajuda a conseguir tempo para si própria	1		5		2	
27. ajuda a obter cuidados médicos	0		2		6	
28. encaminha para outros profissionais	0		2		6	
29. pergunta se gostava que outros profissionais dessem opinião sobre a problemática da criança	1		2		5	
30. orienta para outros programas ou centros especializados	1		4		3	
31. proporciona oportunidades para que a família participe em grupos de pais	5		2		1	
32. ajuda a preencher impressos	0		4		4	
33. ajuda a obter apoios para a criança noutros serviços	0		3		5	
34. ajuda a obter subsídios a que a família tem direito	1		3		4	
35. ajuda a encontrar transporte para os apoios	1		1		6	
36. encoraja a tomar decisões sobre a educação e cuidados com a criança	2		2		4	
37. ajuda a encontrar quem tome conta da criança	2		5		1	
38. ajuda nos problemas pessoais/familiares	1		2		5	
39. ajuda a lidar com o sistema de ensino	0		3		5	
40. mostra como aproveitar as rotinas do dia-a-dia para ajudar o desenvolvimento da criança	0		3		5	

Como já foi referido, o primeiro grupo de questões corresponde à relação entre o profissional e a família, tendo em consideração que “O papel dos profissionais expandiu-se de uma intervenção direta, providenciando terapia e ensino, para prestarem também serviços indiretos sob a forma de parcerias colaborativas com pais e educadores” (Mendes, 2010, p.46).

Neste grupo foram incluídas as seguintes questões: com que frequência o profissional discute com a família os objetivos globais do PIIP; o profissional pergunta à família sobre o que espera concretamente do PIIP relativamente ao seu filho; o profissional questiona a família sobre o que esta quer para a sua família; pergunta à família o que precisa para a criança; ouve a família; apoia-a a lutar pelos direitos dos seus filhos; a escolher os contextos educativos; a obter ajuda de amigos e vizinhos; o profissional dá informação sobre formas de reduzir e combater o stresse; ajuda a família a conseguir tempo para si própria; a obter cuidados médicos; encaminha a família para outros profissionais, tais como, assistentes sociais ou outros técnicos; ajuda a família a preencher impressos, a obter apoios para a criança noutros serviços, a obter subsídios a que tem direito, a encontrar transporte para os apoios, se necessário; ajuda a família a encontrar quem tome conta da criança; se ajuda nos problemas pessoais/familiares; e, o profissional ajuda a família a lidar com o sistema de ensino e de apoio a crianças com necessidades adicionais de suporte.

As respostas a estas questões, foram muito variadas, em algumas delas a equipa respondeu de forma consistente e de acordo com as práticas recomendadas em intervenção precoce na infância, porém a maioria, das respostas foram muito variadas e as classificações atribuídas percorreram toda a escala, referindo **sempre, às vezes** e, mesmo em alguns casos, um ou outro elemento classificou como **nunca** (vide tabela 1 - resultados nas questões 4, 23, 24, 25, 26, 34, 35 e 37).

Tendo em conta estes dados, é claro que a equipa não apresenta práticas consistentes, uma vez que houve uma grande variabilidade nas respostas dadas, pois mesmo que as respostas não fossem sempre ao encontro das práticas recomendadas em intervenção precoce na infância, a equipa poderia ter sido consistente no tipo de respostas dadas, mas a análise dos dados não o demonstrou. Verificando todas as questões, alguns elementos têm conhecimentos relativos aos modelos conceituais que enquadram a intervenção precoce, seja por experiência na área ou por terem tido formação, uma vez que referem que colocam os mesmos em prática, contudo alguns elementos da equipa mostram falta de conhecimento, não têm formação, nem experiência neste domínio de

intervenção o que os impede de trabalhar seguindo as práticas recomendadas. O papel dos profissionais de intervenção precoce, atualmente, deve passar por estabelecer um equilíbrio, entre a intervenção direta com a criança, bem como pelo aconselhamento aos pais, passagem de competências, mediador de recursos na comunidade, e a sua intervenção deve ter lugar nos vários contextos de vida da família e da criança, isto é tanto pode ocorrer no jardim-de-infância, como no domicílio ou em outros contextos que sejam significativamente importantes para a família. “A maneira ‘como’ o apoio é prestado importa tanto, se não mais, quanto ‘o que’ se faz” (Dunst, 2000, citado por Carvalho et al., 2016, p. 86).

Tal como foi mencionado anteriormente, o segundo grupo está relacionado com as questões direcionadas para o empoderamento que o profissional dá à família. Segundo Almeida (2004, p. 65)

Quando se desloca a unidade de intervenção da criança para a família, está-se a abandonar uma perspectiva de estimulação precoce em que a criança surgia como o principal alvo do programa de intervenção. É a família como um todo que deve ser considerada simultaneamente como receptora e agente activo do programa.

Nesta área temática foram agrupadas as seguintes questões: o profissional da equipa fala com a família sobre o desenvolvimento da criança; explica à família porque é que se utilizam testes; informa como vai ser realizada a avaliação da criança; pede à família que a mesma esteja presente durante a avaliação; explica à família os resultados dos testes e o que significam esses resultados; o profissional dá brinquedos ou jogos para a criança; o profissional dá um plano semanal/mensal de trabalho aos pais; dá oportunidade a que a família escolha o que fazer no PIIP; pergunta à família como a mesma quer participar no PIIP; pergunta também à família se a mesma gostava que outros profissionais dessem opinião sobre a problemática da criança; o profissional orienta a família para outros programas ou centros especializados; proporciona oportunidades para que a família participe em grupos de pais; encoraja a família a tomar decisões sobre a educação e cuidados com a criança; e, por fim, mostra à família como aproveitar as rotinas do dia-a-dia para ajudar o desenvolvimento da criança, práticas estas que promovem o

fortalecimento Proactivo através da Parceria ao enfatizar a identificação das forças e recursos da criança e da família (proactiva), a capacitação e o fortalecimento de competências dos pais para que estes desempenhem melhor

o seu papel (empowerment), usando uma relação de parceria entre pais e profissionais (Pimentel, 2005, p. 77).

Nas primeiras cinco questões, que estão relacionadas com a avaliação da criança e o envolvimento das famílias na mesma, a equipa foi bastante consistente sendo de salientar que a maioria das respostas foram classificadas com **sempre** (vide tabela - 1 resultados nas questões 7, 9 e 10), o que mostra, no que se refere ao envolvimento da família na avaliação da criança, que as práticas da equipa são adequadas e de acordo com o recomendado. Porém, nas restantes questões volta a existir uma grande variabilidade de respostas entre o **sempre**, **às vezes** e **nunca** (vide tabela 1 - resultados nas questões 8, 17, 21, 22, 29, 30, 31 e 36), o que indica que as práticas da equipa não estão consolidadas. Neste caso, e tendo em conta o tema do segundo grupo de questões, esta variabilidade pode estar relacionada com o modo de funcionamento de cada família e com o facto de estar ou não disposta a ter um papel ativo no processo de acompanhamento da criança, uma vez que cada caso é um caso e, tal como refere Almeida (2009), existem alguns problemas ao nível das práticas centradas na família por não existir um envolvimento ativo das famílias nas escolhas e nas tomadas de decisão. As dificuldades por parte dos profissionais em implementar as práticas recomendadas podem estar também relacionadas com a tipologia dos casos, com as características pessoais de cada profissional, bem como, com a experiência e a formação no modelo conceptual subjacente à IPI por parte dos profissionais.

No seguinte grupo, foram agrupadas as questões relacionadas com o destaque que o profissional dá às preocupações da família. As práticas centradas na família pretendem ser individualizadas, flexíveis e procuram dar resposta às preocupações e prioridades da família. Possibilitam, assim, o envolvimento ativo da família de forma a obter os recursos que deseja e que são necessários para alcançar os objetivos por si delineados (Almeida, 2011). Deste modo, foram aqui analisadas as questões (11 e 12) nas quais o profissional pergunta à família quais as suas principais necessidades, bem como, quais as suas principais preocupações. Em ambas as questões, as respostas da maioria dos profissionais indicam que trabalham de acordo com as recomendações, uma vez que a maioria respondeu **sempre** (vide tabela - 1 resultados nas questões 11 e 12). Apenas dois profissionais responderam **às vezes** na primeira questão e um na segunda, o que pode estar correlacionado com a falta de experiência em IPI, tal como, com a falta de

conhecimento do modelo de intervenção centrado na família e na importância e valorização que este modelo dá à família.

Por fim, no último grupo, estão agrupadas as questões que permitem avaliar o envolvimento do profissional com a família e com a criança. “O conceito subjacente à intervenção focada na família é de que o funcionamento da criança pode ser otimizado quando se providenciam serviços no sentido de aumentar a competência das suas famílias” (Mahoney, O’Sullivan & Dennenbaum, 1990, citados por Pimentel, 2004 p. 84). Assim, foram incluídas neste domínio as seguintes questões (13 a 16): o profissional ajuda a família a preparar o futuro da criança; mostra à família como deve ajudar a criança a desenvolver-se; pergunta aos pais o que gostariam que as crianças conseguissem aprender nas várias áreas; e mostra à família como deve brincar com a criança. Em duas destas questões foi possível verificar que existe preocupação dos profissionais em estarem envolvidos com as famílias e com as crianças, uma vez que na maioria das questões todos eles responderam **sempre**, logo as práticas da equipa são consistentes (vide tabela - 1 resultados nas questões 13 e 14). Nas duas questões seguintes, as respostas variaram entre **às vezes** e **sempre**, o que pode ser justificado tanto com a experiência e formação do profissional na área, bem como com a tipologia dos casos acompanhados e as características de cada família (vide tabela 1 resultados nas questões 15 e 16).

Perante a análise dos dados obtidos em todo o questionário, é possível afirmar que na maioria das questões, existe uma grande discrepância e variabilidade de respostas o que revela que alguns dos profissionais da equipa não trabalham ainda segundo o modelo de intervenção centrado na família. O que pode ser justificado, na maioria dos casos, pelo facto de não terem experiência na área, como também pela falta de continuidade e consistência na formação dada às equipas no âmbito das práticas recomendadas em IPI. Segundo Duarte (2018, p. 28):

No que se refere aos profissionais, a intervenção centrada na família exige-lhes uma mudança relativamente à forma de encarar o seu papel fora de um modelo de intervenção tradicional e, também, daquilo para que foram maioritariamente preparados, ou seja, trabalhar diretamente com as crianças.

A disparidade dos resultados do questionário também pode ser fundamentada, com a rotatividade de elementos nas equipas, uma vez que cada ministério gere os recursos humanos de modo diferente e não existe uniformidade nos critérios que adotam para a sua colocação.

Também em alguns casos, a variabilidade de respostas pode estar relacionada com as características de cada família, uma vez que cada família tem as suas crenças e ambições, bem como características particulares, algumas já são competentes, outras não, algumas têm uma boa rede de suporte, outras estão mais sozinhas, logo, nestes casos a equipa deve capacitar e apoiar a família de forma a que a mesma consiga atingir os seus objetivos. Segundo Dunst & Bruder (2002, citados por Pimentel, 2005 p. 398) “o objectivo da intervenção precoce é proporcionar às famílias apoios e recursos, de ordem formal e informal, que vão influenciar directa ou indirectamente o funcionamento da criança, dos pais e da família como um todo.” Também Krauss (2000, citado por Pimentel, 2004), refere que se as características das famílias estão dentro dos padrões considerados “normais”, há um desenvolvimento da criança de acordo com o que é esperado, se existe algum desajuste familiar, este pode influenciar de forma negativa o desenvolvimento da criança.

Outro fator que pode ter impacto nas respostas é a tipologia dos casos apoiados, por exemplo, no caso de ser uma criança ter um atraso de desenvolvimento significativo, provavelmente, os pais vão estar mais ansiosos e preocupados, logo procuram um maior apoio da equipa. Embora os comportamentos das famílias estejam muitas vezes relacionadas com a idade da criança, com a gravidade da perturbação do desenvolvimento ou com valores culturais, os estudos, neste âmbito, mostram que a profunda tristeza mantém-se durante todo o processo, bem como a raiva e, não raras vezes, a depressão dificultando a aceitação da deficiência. Aceitar o diagnóstico pode levar anos (Muscott, 2002, citado por Duarte, 2010, p.34).

O que também pode influenciar a discrepância verificada nas respostas é o contexto onde a intervenção é realizada, uma vez que se a intervenção for realizada no domicílio existe uma maior facilidade em passar estratégias à família, uma vez que a intervenção decorre no contexto familiar, se for na creche ou jardim-de-infância, o mesmo acontece com os educadores; mas se for, por exemplo, em contexto da sede da equipa, que não faz parte do contexto de vida da criança e da família, não existe a mesma facilidade de trabalhar as rotinas da criança e da família. Outro fator que pode afetar as práticas é a gestão da própria equipa e as responsabilidades de cada profissional dentro da equipa; no caso da equipa em estudo, o assistente social é, por exemplo, responsável por ajudar as famílias a tratar de subsídios, a preencher impressos, logo os outros elementos não o fazem diretamente, quando é necessário encaminham para o profissional responsável; outro exemplo, é o facto de nem todos os elementos da equipa elaborarem

material de intervenção que utilizam com as crianças; ou o caso de alguns profissionais da equipa não aplicarem testes padronizados e não estarem tão envolvidas no processo de avaliação. Importa também salientar que a área profissional de cada elemento da equipa também pode ter impacto nas práticas implementadas e consequentemente nas respostas ao questionário, bem como as suas características pessoais.

Em suma, a discrepância nas respostas, por parte dos profissionais da equipa, pode ser justificada por diversos fatores, no entanto, não invalida que a conclusão relativa à análise dos dados obtidos pela aplicação do questionário revele que a equipa muitas vezes não trabalha ainda segundo as práticas recomendadas em IPI.

2. Observação Participante

Como já foi referido no capítulo IV, um dos procedimentos utilizados para a recolha de dados nesta investigação foi a observação participante de quatro Reuniões de Discussão de Caso, utilizando uma grelha adaptada de McWilliam (2010), de forma a facilitar a organização da recolha de dados.

Também de forma a auxiliar a análise dos conteúdos dados recolhidos, através da grelha de observação participante, os itens foram organizados nos seguintes domínios: num primeiro tópico, itens relacionados com o facto de os profissionais criarem oportunidades para o diálogo informal com as famílias; reconhecerem os pontos fortes da criança e da família; solicitarem ideias e opiniões aos pais; procurarem compreender as preocupações e prioridades da família; demonstrarem preocupação por todo o agregado familiar e, por fim, se durante a (re)avaliação do PIIP explicam os parâmetros de avaliação, permitem que a família faça primeiro a sua avaliação, se questionam os pais sobre os objetivos que os mesmos consideram importantes incluir no plano, se estes vão ao encontro das prioridades da família, e se ajudam os pais a equacionar ou a propor novos objetivos.

2.1. Caracterização dos casos

Para uma melhor análise de cada caso, efetuamos em seguida, uma caracterização mais detalhada de cada família e descrição da reunião de estudo de caso observada.

Caso A – Menino de 4 anos de idade com trissomia 21, vive com os pais e um irmão mais velho, frequenta o pré-escolar. Usufrui dos serviços da intervenção precoce desde os 6 meses, esta intervenção é realizada maioritariamente em contexto de pré-escolar e durante as interrupções letivas em contexto domiciliário. Devido a especificidade do caso tem apoio de terapia da fala, apoio educativo e apoio de reabilitação psicomotora. Na reunião, esteve presente a mãe, todos os técnicos que acompanham o caso (terapeuta da fala, educadora e técnica de reabilitação psicomotora) e a educadora de infância titular de sala. Durante toda a reunião foi possível perceber que é uma mãe bastante participativa, com conhecimento de causa e que está bastante envolvida na intervenção.

Caso B – Menino de 6 anos de idade com alterações ao nível de linguagem. Este menino vive com os pais e o irmão mais velho e usufrui dos serviços da intervenção precoce desde o início do passado ano letivo, tendo sido referenciado pela educadora titular de sala. Importa salientar que a intervenção é em contexto de pré-escolar. Na reunião esteve presente a mãe, a terapeuta da fala, que é responsável de caso do menino e que acompanha o mesmo e a família, bem como a educadora titular de sala. Durante a reunião foi possível perceber que é uma mãe que tem noção das reais dificuldades do seu filho, que está muito ansiosa com a transição para o primeiro ciclo e com o facto de a criança deixar de usufruir do apoio da ELI, também se constatou que está envolvida na intervenção e manteve uma atitude bastante participativa.

Caso C – Menino de 6 anos de idade, com um atraso global de desenvolvimento, vive com a mãe, a avó e uma irmã mais velha. Usufrui do serviço de intervenção precoce desde o início do ano letivo 2019/2020, foi referenciado pela educadora titular de sala, a intervenção é realizada em contexto de pré-escolar. Na reunião esteve presente a mãe, a técnica de reabilitação psicomotora, que é responsável de caso, a terapeuta da fala, que acompanha a família e o menino, a psicóloga, que avaliou a criança e que acompanha de forma informal (consultoria) a família e o menino, e também a educadora de infância titular de sala. Durante esta reunião foi possível perceber que esta mãe tem um comportamento passivo, concorda com tudo o que os profissionais referem, não colocando nada em questão, só quando lhe foi colocada diretamente alguma questão é que deu a sua opinião. Foi claro que os profissionais da ELI e a educadora titular de sala é que conduziram esta reunião. Também se verificou que a mãe se encontra um bocadinho ansiosa com a entrada do menino no primeiro ciclo, não tanto pelas reais dificuldades, mas sim, por considerar o filho muito imaturo. Assim, foi possível perceber que é uma

mãe que não está muito envolvida na intervenção. Contudo, importa salientar que esta mãe trabalha por turnos, o que também não facilita ter disponibilidade para estar mais envolvida.

Caso D – Menina de 5 anos de idade, com dificuldades ao nível da linguagem, que revela também grande imaturidade emocional, mais precisamente, dificuldade em gerir as emoções, faz muitas birras. A menina é filha única, vive com a mãe e o pai, iniciou a intervenção com 3 anos, referenciada pelo pai porque gaguejava. A intervenção da é feita em contexto de pré-escolar ou de ATL com uma terapeuta da fala da equipa. Na reunião esteve presente a mãe, a terapeuta da fala, que é responsável de caso, a psicóloga, que avalia e que acompanha a família e a menina de forma informal (consultoria) sempre que é necessário, e a educadora titular de sala. Foi possível perceber que é uma mãe preocupada e bastante envolvida no processo, durante a reunião manteve uma atitude muito participativa.

2.2 Análise das reuniões de discussão de casos

Passamos agora a analisar os dados recolhidos nas reuniões de discussão de caso e tal como referido anteriormente apresentamos e discutimos os resultados em função dos domínios que constam na grelha de observação.

No primeiro domínio foram agrupados itens relacionados com as oportunidades para o diálogo informal com as famílias. Contudo, durante a observação das reuniões não foi possível recolher dados relativos a este domínio. No sentido de se obter essa informação, a investigadora contactou cada gestora de cada caso e questionou as mesmas sobre as questões que não conseguiu observar nas reuniões, de forma a obter informação. Os itens em questão, procuravam perceber se os profissionais da ELI tiveram em consideração os horários das famílias e as restrições de tempo para agendar a reunião, com que regularidade agendam as reuniões de estudo de casos, se utilizam estratégias para manter o diálogo com a família, (por exemplo, através de e-mails, telefonemas, bilhetes pessoais) e por fim, se comunicam regularmente com a família.

McWilliam (2010) salienta que é necessário existir uma boa comunicação entre os profissionais e as famílias de forma a promover confiança, respeito e sentimento de igualdade. Portanto, deve existir uma parceria, baseada no respeito mútuo, na partilha de responsabilidade e esta relação deve respeitar as crenças de cada um, pois é a única forma de existir uma intervenção centrada na família.

Neste domínio, importa salientar que em todos os casos, os profissionais da ELI referiram ter em consideração os horários das famílias e as restrições de tempo das mesmas. Também foi possível verificar que todas as reuniões de estudo de caso são realizadas trimestralmente e que em todos os casos os profissionais da ELI mantêm contacto com as famílias, via telefonemas ou através da aplicação móvel WhatsApp. No que se refere à questão de os profissionais comunicarem com a família pelo menos uma vez por semana, existiram diferentes respostas. No caso A verificou-se que depois de cada intervenção os profissionais falam com a mãe ao telefone e explicam o que foi efetuado e como a criança participou, isto acontece porque desde o início da intervenção que esta mãe sempre se mostrou muito envolvida e procurava ter o feedback, segundo a gestora de caso. Nos outros casos, todos os profissionais referiram que durante o confinamento mantinham contacto semanal, uma vez que procuravam perceber como estavam as crianças e eram partilhadas atividades para as famílias realizarem com as mesmas, tendo em conta os objetivos de intervenção do seu PIIP. Porém no dia-a-dia, antes da pandemia, nem sempre contactavam a família todas as semanas, e no caso C, a gestora de caso referiu que quando tenta contactar a mãe, muitas das vezes não atende e não retribui a chamada. De acordo com estas respostas é possível referir que na sua maioria as práticas da equipa são consistentes, tendo em conta as práticas recomendadas em intervenção precoce na infância.

De seguida, procurou-se perceber, se os profissionais da ELI reconhecem os pontos fortes da criança e das famílias. McWilliam (2010, p. 147) refere que “É difícil, se não mesmo impossível, estabelecer uma verdadeira parceria, se os pais se sentirem numa posição inferior em relação ao profissional, ou pior ainda, quando sentem que o profissional não reconhece as vantagens que trazem para o processo”. Este autor refere ainda que para os pais é bastante valorizado o modo como os profissionais reconhecem as aptidões das crianças. E, de facto, em todos os casos os diferentes profissionais da equipa elogiam as crianças e as suas famílias, como se ilustra, por exemplo no caso B, a profissional referir à mãe: “a vossa ajuda é preciosa”. Porém, o mesmo não se verificou no caso C, pois os profissionais elogiaram várias vezes a criança, mas em nenhum momento elogiaram a família. O que poderá ser justificado pelas características da mãe e pelo que se pode observar durante a reunião, pois a mãe não se envolveu muito, mostrando sempre uma atitude passiva e também como referido anteriormente, a gestora de caso partilhou que a mãe nem sempre atende os telefonemas, nem responde às mensagens. Portanto, em relação a este domínio, é possível afirmar que a equipa trabalha segundo as

práticas recomendadas em IPI, uma vez que na maioria dos casos, é possível verificar-se envolvimento e atenção dos profissionais para com a família e as crianças.

Em seguida analisou-se a solicitação de ideias e opiniões dos pais por parte dos profissionais. À exceção do caso A, em nenhuma das outras reuniões, foi observado os profissionais solicitarem ideias e opiniões às mães, optaram sempre por dar primeiro a sua opinião em relação a cada caso e só depois obter feedback da família em relação ao que lhes foi dito. Este resultado, pode ser justificado sobretudo pelas características das famílias, uma vez que, à exceção da mãe do caso A, todas as outras não apresentaram iniciativa. Porém, o papel dos profissionais passa por promover e estimular o envolvimento das famílias, o que mostra que neste aspeto os profissionais da equipa não implementaram as práticas recomendadas em IPI.

O domínio seguinte engloba itens que estão relacionados como o facto de os profissionais procurarem compreender as preocupações e prioridades da família. McWilliam (2010, p. 150) refere que “Numa parceria real, precisamos de incentivar os pais a uma participação mais ativa na formulação de soluções possíveis. Uma estratégia para conseguir isto é adiar sermos nós a avançar com soluções antes de explorar as ideias dos pais”. Neste caso, em todas as reuniões, os profissionais da ELI procuraram perceber quais as preocupações das famílias, dando espaço às mesmas para falar sobre os seus receios e demonstraram interesse pelas perspetivas dos pais. Como pode ser ilustrado através de um comentário, no caso D, em que a mãe revelou preocupação em relação à força da filha “em relação aos outros miúdos acho que a D, continua a ter menos força e energia”, depois de a ouvir, a psicóloga tranquilizou a mãe referindo que “tudo o que são atividades motoras, não são do interesse da D, portanto é normal, é uma criança mais calma”.

Tendo em conta o que foi observado nas reuniões, em relação a este âmbito as práticas dos profissionais parecem ser consistentes e de acordo com as práticas recomendadas em IPI, a equipa apresentou uma postura de escuta ativa, valorizando os receios e procurando tranquilizar as famílias.

De seguida, foi analisada a demonstração de preocupação, por parte dos profissionais por todo o agregado familiar. McWilliam (2010, p. 155) menciona que “Um meio fácil, não ameaçador e rápido para começar a mostrar aos pais que nos interessamos pela família toda é ter em atenção a informação que obtemos acerca dos interesses pessoais dos pais e das atividades ou acontecimentos familiares”. No caso A e no caso B durante a reunião foi possível perceber que a equipa estava sensível e mostrou interesse

pelas atividades programadas pela família: no caso A, a equipa mostrou interesse em saber como iriam ser as férias e, no caso B, também se mostraram compreensivas com o facto de a mãe referir que o filho mais velho também iria trocar de escola, o que a deixava preocupada com a mudança. No caso A, B e D verificou-se empatia com o impacto que as necessidades da criança têm na família, particularmente na mãe (quem estava presente na reunião), nestes casos, o apoio da IPI foi muito valorizado. Foi possível verificar também, nos casos A, C e D, que a equipa revelou sensibilidade em relação a quaisquer dificuldades que a família esteja a sentir e forneceu informação sobre possíveis estratégias como, por exemplo no caso D, a mãe referiu “noto que no discurso a D está pior e peço para repetir porque não se percebeu nada” a terapeuta da fala respondeu “quando isso acontecer peça, com calma, para a D repetir dizendo que a mãe não estava com atenção e não percebeu, porque como a D é um bocadinho ansiosa é importante contornar a situação sem a fazer sentir-se culpada”. Por fim, em relação a este domínio, importa salientar que em todas as reuniões de discussão de caso a equipa recorreu à escuta ativa, permitindo que os pais partilhassem situações do seu dia-a-dia e preocupações. É possível referir que na maioria dos casos e em praticamente todos os itens a equipa mostrou uma atitude que reflete as práticas recomendadas em IPI.

No último domínio, foram agrupados itens relacionados com a (re)avaliação do PIIP. Neste âmbito, procurava-se saber se durante a (re)avaliação dos objetivos do plano os profissionais explicavam os parâmetros de avaliação às famílias. No caso A, os profissionais da equipa, a mãe e a educadora titular de sala, optaram por não reavaliar o plano e manter o mesmo, uma vez que com o confinamento, o A tinha ficado privado da frequência do jardim de infância, porém foi feita uma reavaliação informal da evolução nos últimos meses. Nos casos B e C, os objetivos foram reavaliados e explicados os parâmetros de avaliação às mães. Apenas no caso D se verificou que o plano foi reavaliado e que não foram explicados os parâmetros de avaliação à mãe, porém foi possível verificar que a mesma tinha noção dos mesmos, uma vez que durante toda a avaliação se mostrou participativa. Neste domínio, procurou-se perceber, também, se os profissionais permitiam que a família fizesse primeiro a sua avaliação. Nos casos A e D a equipa auscultou primeiro a família, como pode ser ilustrado através de um exemplo no caso A, em que os profissionais, de forma informal questionam a mãe como está a motricidade fina do A e a mesma responde: “em relação a motricidade fina, honestamente faz quando lhe apetece, se der muito trabalho desiste, por exemplo há dias que come a refeição sozinho outros dias é para esquecer”; já nos casos B e C, o mesmo não se

verificou, pois na maioria dos objetivos a equipa e as educadoras titulares de sala davam primeiro a sua opinião e só depois questionavam os pais, como se pode verificar no caso B a profissional referiu: “senti melhorias (...) também notei mais consistência e progressos, portanto passamos a um 4?” e só depois referiu “o que é que acha mãe? o 3 ou o 4?”.

Outro dos aspetos que se considerou pertinente analisar foi o facto de os profissionais questionarem os pais sobre os objetivos que consideram importante incluir no plano. Nos casos B e C, não se verificou pelo fato de estes dois casos irem transitar para o 1º ciclo, a equipa e a família não consideraram pertinente incluir mais objetivos. Nos casos A e D, sim, a equipa procurou perceber se os pais achavam importante incluir mais objetivos ou retirar alguns, como foi possível verificar no caso D a profissional perguntou à mãe: “se este objetivo já não lhe fizer sentido e achar que não deve fazer parte do plano, porque já não está adequado, o mesmo é retirado”.

Ainda dentro deste domínio, considerou-se relevante perceber como era realizada a concessão de novos objetivos e o suporte e sugestões que os profissionais dão às famílias para a elaboração dos mesmos, porém, nestas reuniões não foi possível observar, uma vez que não foram acrescentados novos objetivos.

Neste âmbito, nem em todos os casos a equipa agiu tendo em consideração as práticas recomendadas em IPI, o que mais uma vez, pode ser justificado pela falta de experiência e de conhecimento dos profissionais relativo ao enquadramento conceptual da IPI, como também pelas características das famílias, uma vez que como foi possível verificar, nos casos observados, há famílias mais envolvidas e disponíveis que outras.

Analisando os dados recolhidos durante a observação das reuniões de discussão de casos é possível afirmar que os profissionais seguem alguns dos pressupostos do modelo de intervenção centrado na família, tais como, demonstrar empatia, criarem oportunidades para o diálogo informal com as famílias; reconheceram os pontos fortes das crianças e das famílias; procuraram compreender as preocupações e prioridades das mesmas e demonstrarem preocupação por todo o agregado familiar. O que mostra que os profissionais que participaram nas reuniões revelam consideração pela família.

No entanto, nos domínios em que o papel da família deveria ser enaltecido e valorizado de igual forma ao de qualquer profissional, as práticas da equipa não foram ao encontro das práticas recomendadas, uma vez que, do que foi possível observar, na maioria dos casos os profissionais não solicitaram ideias e opiniões aos pais, colocando quase sempre, o seu ponto de vista em primeiro lugar, sobretudo durante a reavaliação do

PIIP. Neste âmbito, verificou-se que foram sempre os profissionais a tomar a decisão de reavaliar ou não os objetivos e, nos casos em que decidiram realizar a reavaliação do plano, foi possível confirmar que nem sempre permitiram que a família realizasse primeiro a sua reavaliação, priorizando a opinião da equipa, logo os profissionais não colocaram as famílias no mesmo patamar, valorizando mais a opinião técnica.

Também importa referir, em função do que foi observado, que a atitude das famílias é muito importante, uma vez que foi notório nos casos em que as famílias são mais participativas e envolvidas os profissionais dão-lhes mais espaço e empoderamento, como foi possível verificar, por exemplo, no caso A. Já nos casos das famílias que apresentam um comportamento mais passivo, como foi no caso C, os profissionais tendem a conduzir todo o processo e a valorizar, à priori, a opinião técnica e só depois considerar a da família. Porém, segundo as práticas recomendadas em IPI, o profissional deveria encorajar e empoderar a família, mesmo nos casos de famílias com uma atitude mais passiva, uma vez que:

A família é quem melhor conhece a criança e, portanto, é detentora de informação preciosa para os técnicos, que a devem ouvir e respeitar. A família conhece melhor os hábitos, os interesses e as necessidades da criança e os técnicos podem ajudá-la a concretizar os objetivos da intervenção mediante uma parceria (Fuertes, 2016, p. 13).

Contudo, é necessário ter em consideração, que a gravidade dos casos também pode influenciar o envolvimento das famílias. Uma vez que foi possível verificar que no caso A, menino diagnosticado com trissomia 21, a mãe manteve uma postura mais ativa e mais participativa. Neste caso, a família, tem uma maior consciência da gravidade da situação e desde que a criança nasceu, está familiarizada com vários profissionais, no âmbito da saúde e da educação, o que leva a ter mais conhecimento e a lutar pelos direitos da criança. O facto de muitas vezes não existir um diagnóstico ou etiologia, faz com que muitas vezes as famílias, não tenham tanta noção da gravidade da situação e por consequência não se envolvam tanto na intervenção.

3. Entrevista em Grupo Focal

Passamos agora à análise dos dados recolhidos com a realização do focus group, no qual participaram todos os profissionais da ELI com a exceção de dois elementos.

Uma das práticas recomendadas em IPI “A abordagem centrada na família é definida como uma filosofia e um conjunto de práticas que reconhecem a centralidade da família e promovem as suas forças e capacidades” (Trivette & Dust 2005, citado por Carvalho et al., 2016, p. 77). Assim, procurou-se perceber junto da equipa se considera que as suas práticas de trabalho são, na realidade, centradas na família.

A maioria dos elementos da equipa concordou referindo que têm consciência que as práticas devem ser centradas na família e que a família é decisora na intervenção a realizar com a criança, mas acreditam que muitas vezes no decorrer da intervenção o mesmo não se verifica, uma vez que existe a tendência de os profissionais se focarem no desenvolvimento da criança. Consideram que a prática centrada na família, ainda é um modelo que se tem de consciencializar para se colocar em prática. Uma das profissionais referiu que muitas vezes revelam “dificuldade em ‘despir’ da nossa formação de base e de nos afastarmos das crianças, eu acho que é o que ainda fazemos, mas temos noção que fazemos de forma incorreta” [P1].

As profissionais também refletiram e mencionaram que é necessário ser feito um trabalho relativo à mudança de paradigma também com as famílias, uma vez que estas ainda encaram os profissionais como especialistas e, por vezes, a equipa tem dificuldade em perceber quais as preocupações da família, ouvir a mesma e querer chegar às suas necessidades, priorizando a funcionalidade da criança na família. Segundo a P2 “não faz sentido nenhum, estarmos a trabalhar com a criança se não capacitarmos a família, o nosso trabalho não é só com a criança, temos de seguir o modelo contextualista e holístico, se não formarmos todos uma equipa, não faz sentido, não é por a criança ter o apoio do profissional que vai melhorar”. Estas profissionais acreditam, por exemplo que não adianta estar a trabalhar a autonomia ou a motricidade, a nível global, se para a família isso não é importante, logo nunca irão trabalhar estas áreas porque não é essa a necessidade que identificam. Segundo McWilliam (2010, p. 41)

O que se pretende é que os cuidadores regulares forneçam às crianças oportunidades de aprendizagem. Isto só acontece se estes últimos se empenharem e a melhor maneira de obter esse empenhamento é descobrir aquilo que eles próprios, que estão mais próximos das crianças, consideram serem as necessidades mais prementes nas rotinas que partilham com elas. Estas são as necessidades funcionais. Que devem ser incluídas na planificação do programa, o que mostrará aos cuidadores regulares que foram ouvidos e que contam com eles para a execução do programa.

Também Carvalho et al (2016, p. 80) referem que:

Não basta trabalhar com a família para se ser centrado na família. Por exemplo, uma intervenção em que o profissional ignora as necessidades e preocupações expressas por uma família, “prescrevendo-lhe” estratégias e ações que a família não deseja, não compreende e não concorda e que em nada tranquilizarão ou darão resposta às necessidades por ela expressas não é uma intervenção centrada na família.

A P1 referenciou também que “o profissional de IPI é passageiro na vida da família e da criança e a família é que fica.”

Contudo, duas das profissionais da equipa defendem que as práticas de trabalho não são centradas na família porque, muitas vezes, são as famílias que não o permitem, não valorizam ou têm falta de competências e dificuldade em perceber as reais dificuldades da criança. Uma das profissionais refere “muitas vezes, a necessidade é sentida pelo técnico e não pela família. Nós devemos ir ao encontro das necessidades da família, mas muitas vezes a família não identifica a necessidade” [P5]. Outra das profissionais acrescenta: “sinto que se a família não se envolve e se os profissionais da IPI não trabalharem diretamente com a criança, neste caso, o caso fica posto de parte” [P4].

Tendo em conta as respostas de todos os profissionais à questão de partida, é possível afirmar que embora a equipa considere que as suas práticas de trabalho não são sempre centradas na família, a maioria dos elementos da equipa mostra conhecimento sobre as práticas recomendadas em IPI, reconhecendo que a equipa funciona longe do modelo. Com a exceção de duas das profissionais que acreditam que as famílias muitas vezes, não facilitam o trabalho centrado na família, a maioria dos elementos da equipa considera que é sua responsabilidade atuar de acordo com o modelo recomendado. Segundo Carvalho (2004, citado por Carvalho et al, 2016, p. 78) “A capacidade de um profissional se tornar centrado na família exige uma mudança dos modelos valorizados e nas crenças acerca das famílias, para além do seu próprio papel, enquanto prestador de serviços”.

A diferença de opiniões das duas profissionais supracitadas, pode ser justificada pelo facto de a P4 estar há pouco tempo na equipa e não ter um horário completo, para além da falta de informação e formação no domínio da IPI e pela sua experiência de prática clínica em outros contextos. A P5, apesar de trabalhar há alguns anos em IPI, trabalha poucas horas na equipa, logo não existe o mesmo envolvimento, uma vez que no restante horário laboral tem outras funções que nada têm a ver com a IPI, sendo ainda de referir que esta profissional também revela falta de informação e formação.

Os profissionais foram questionados sobre o seu conhecimento e formação neste domínio de intervenção relativamente às práticas inerentes ao modelo de intervenção centrado na família. E, cinco das profissionais, referiram que desde que entraram para a ELI nunca tiveram qualquer tipo de formação, acrescentando que tudo o que aprenderam foi através da sua participação no trabalho da equipa, da observação da mesma e de leituras que vão fazendo.

Uma das profissionais com mais experiência em IPI e com formação específica, referiu que no início da estruturação das respostas em intervenção precoce, existiu um grande investimento dos diferentes serviços para a formação dos profissionais. Acrescentou ainda que nessa altura as equipas estavam “fechadas” e todos os profissionais estavam em “pé de igualdade” e existiam vários encontros, onde eram trocadas experiências entre as equipas, e referiu ainda que era muito enriquecedor. Com o passar dos anos, deixou de se investir tanto em formação e supervisão, pelo menos na região do Alentejo e, no caso particular desta equipa, a mesma tem vindo a formar-se de modo autónomo. Segundo Fenichel (1999, citado por Carvalho et al., 2016, p. 293) “o papel da supervisão é apoiar os profissionais na construção de competências que lhes permitam apoiar a capacitação e empowerment das famílias quando nem o supervisor nem os outros elementos da equipa estiverem lá.”

No decurso da discussão sobre esta questão, alguns profissionais partilharam a sua experiência noutras equipas. Assim, uma das profissionais referiu que devido à falta de formação e ao facto de todos os anos integrarem a equipa docentes que não tinham conhecimento sobre as práticas em intervenção precoce “o que nós começamos a fazer depois foi, no início dos anos letivos, na primeira reunião de equipa convidávamos o núcleo de supervisão e estes apresentavam de uma forma geral o funcionamento da equipa” [P2]. Outra das profissionais também referiu a sua experiência profissional na EPIS (empresários pela inclusão social) “existiam várias reuniões com outros profissionais de outros concelhos com outras realidades e era muito enriquecedor, aprendíamos muito” [P4]; acrescentou ainda, que a formação dentro da própria equipa é boa, mas que é importante conhecer outras realidades e estratégias de intervenção.

Considerando as respostas de todos os profissionais, é possível afirmar que estão de acordo relativamente ao facto de nem todos os profissionais das equipas terem conhecimento acerca das práticas inerentes ao modelo de intervenção centrado na família e que existe falta de investimento por parte do SNIPI em relação à formação facultada às equipas, nos últimos anos, o que dificulta o trabalho dos profissionais de acordo com as

práticas recomendadas. Tal como refere Moore (2011, citado por Carvalho et al, 2016, p. 279) “Para alcançar uma intervenção precoce na infância (IPI) centrada na família, assente num trabalho colaborativo, realizado em ambientes naturais e inclusivos, é necessário que os profissionais tenham formação e apoio que os capacite para oferecer serviços de elevada qualidade.”

Um dos aspetos importantes a analisar, passa por entender as razões que a equipa considera tornarem difícil colocar em prática o modelo de intervenção centrado na família. Segundo Carvalho et al, (2016, p. 92) “Para que a intervenção centrada na família seja eficaz é indispensável que os seus objetivos e princípios estejam bem presentes na organização, dinâmica e práticas da equipa e dos profissionais de intervenção”.

A maioria das profissionais da ELI, acreditam que a causa desta dificuldade está relacionada com o início da IPI em Portugal e mais precisamente no Alentejo. Nesse sentido, uma das profissionais refere “no Alentejo não existia uma rede de cuidados como existia, por exemplo, em Lisboa ou em outras regiões e nós não tendo nada, agarramo-nos a um decreto-lei que pouco diz, mas que nos permite ter alguns técnicos, e dar algumas ajudas às crianças. Iniciamos um bocadinho o modelo clínico e a dar apoio direto às crianças” [P1]; e, conclui, referindo, que o modelo de IPI talvez seja insuficiente para o Alentejo, porque em grandes centros, existem outras respostas, tais como centros especializados de apoio ao desenvolvimento das crianças, hospitais que conseguem dar respostas, mais profissionais especializados e no Alentejo não existem tantas respostas.

Estas profissionais afirmam também que as expectativas das famílias, dos contextos educativos e dos profissionais de saúde, muitas vezes, condicionam a intervenção da equipa, uma vez que esperam que a equipa ponha em prática o modelo clínico, ou seja, implementem uma intervenção direta com as crianças. Por fim, reforçam que deveria existir um maior suporte por parte do Núcleo de Supervisão Técnico (NST) nos casos em que existem dúvidas ou até algumas reclamações por parte das famílias, dos contextos educativos, dos profissionais de saúde ou de outros serviços da comunidade, a colocar em causa as práticas implementadas de acordo com as recomendações para a IPI.

Em relação a esta questão, é notório que todos os profissionais acreditam que o que impede a equipa de não seguir o modelo de intervenção centrado na família, é uma estrutura que foi enraizada logo desde início pela equipa e que torna mais difícil mudar de paradigma, porque as expectativas das escolas, dos centros de saúde, dos pediatras e das próprias famílias são diferentes e revelam dificuldades em aceitar este modelo. Também importa referir que a falta de respostas para estas crianças também se torna um

entreve para o trabalho destes profissionais. No entanto, revelam que acreditam no modelo e que gostariam um dia de o colocar em prática. Segundo Carvalho et al (2016, p.100) “Muitos profissionais reveem-se nos pressupostos e princípios subjacentes à abordagem centrada na família, mas aplicá-los na prática não é tarefa fácil, pois é impossível definir um conjunto claro de procedimentos a seguir”.

Porém, duas das profissionais, voltaram a frisar que o modelo de intervenção centrado na família não é colocado em prática porque, muitas vezes, são as famílias que não o permitem, pelo facto de a “família não sentir a necessidade muitas vezes da intervenção e por muitas vezes ter outros objetivos e outras necessidades” [P5]. Tal como foi referido anteriormente, esta opinião pode ser justificada pela falta de formação e informação na área, bem como pelo facto de terem um horário reduzido na ELI.

Outro aspeto importante analisado foi a perceção dos profissionais da equipa sobre o trabalho de parceria com as famílias. Todos eles consideram a família parceira, referem, porém, que as famílias nem sempre se identificam como tal e ficam à espera que sejam os profissionais a realizar a intervenção, o que não é uma prática recomendada, tal como referem Mahoney & MacDonald (2007, citados por Carvalho et al, 2016, p. 83)

A vida familiar é rica na capacidade de proporcionar às crianças diferentes experiências e oportunidades de aprendizagem como parte do seu dia-a-dia. A qualidade das experiências que os pais proporcionam às crianças tem um impacto muito significativo no seu desenvolvimento, independentemente da quantidade e qualidade dos brinquedos e materiais que as crianças tenham em casa ou dos serviços educativos e terapêuticos que frequentem.

No entanto, estas profissionais tentam envolver todas as famílias, segundo a P6 “a partir do momento em que estão abertos a uma sinalização e dispostos a participar em reuniões já estão a ser parceiros; por vezes, podem não entender a importância que têm, mas a verdade é que ‘abrem uma porta’ o que dá origem a uma parceria e depois cabe aos técnicos envolver as famílias”.

Tendo em conta as opiniões expressas por todos os profissionais, pode concluir-se que existe por parte da ELI, uma tentativa de envolver as famílias e considerar as mesmas parceiras, no entanto, todos eles frisaram que muitas famílias não se reconhecem como parceiras, admitem porém que deve existir um maior esforço por parte dos mesmos em envolver e valorizar a participação de todas famílias.

Outro dos aspectos analisados diz respeito ao facto de os profissionais considerarem se a intervenção centrada na família é possível de ser implementada nos contextos em que a equipa habitualmente trabalha. Segundo Carvalho et al (2016, p. 176)

Habitualmente, para as crianças dos 0 aos 6 anos, os contextos mais significativos são o domicílio da família e os contextos educativos ou de cuidados (ama, creche ou jardim de infância). Estes serão, portanto, os contextos onde o apoio da IPI deve acontecer. Mas, sejam em que local for que os serviços de IPI sejam prestados – em casa na creche, no jardim-de-infância, na ama, etc. – os princípios de uma abordagem centrada na família deverão sempre orientar as práticas do profissional.

Os profissionais da equipa relataram que maioritariamente intervêm no contexto educativo, com exceção de casos em que os pais usufruem, por exemplo, de licença de maternidade ou estão desempregados. A grande maioria das famílias chegam a casa ao final do dia, cansadas e, em algumas delas com as rotinas de casa por fazer (jantar, compras, banho das crianças), por isso, tal como relata a P1 “é muito difícil nós termos famílias disponíveis quando, depois de um dia de trabalho, chegam a casa por volta das 18h, 19h, têm um curto espaço de tempo para receber a equipa e trabalhar as rotinas com a criança”. No entanto, apesar de saberem que é difícil, consideram o contacto com os pais muito importante e referem que a intervenção no domicílio é muito benéfica “o técnico ir a casa e ver os pais com a criança e mediante isso capacitar os pais e dar feedback sobre aquilo que está a acontecer (...) tentar também adaptar as nossas estratégias aos contextos da família e às rotinas da mesma e, se nós formos a casa, é mais fácil isso acontecer” [P2]. Depreende-se, assim, que os elementos da equipa têm dificuldade em colocar em prática o modelo centrado na família, quando a intervenção é realizada em contexto educativo e muitas vezes por falta de disponibilidade devido aos horários dos pais. A maioria reforçou também, que o modelo poderia funcionar, no entanto, deveriam ser feitas algumas adaptações à realidade portuguesa, como por exemplo, flexibilizar os horários das famílias, bem como os dos profissionais, ou ainda alternar a intervenção direta, que é realizada semanalmente com a criança, por telefonemas ou videochamadas com os pais, isto é implementar as práticas recomendadas em IPI e demonstrar à família e a toda a comunidade que a intervenção não é apenas diretamente com a criança, como reforça a P2 “por exemplo, naquela semana, a tua intervenção com a criança, é uma conversa com os pais e perceberes como é que a criança está em casa, como estão os objetivos do plano, e ir por exemplo à escola e perceber como é que a educadora está a conseguir por em prática os objetivos do plano”.

A maioria das profissionais da ELI refere que, de acordo com a sua experiência, as situações com mais êxito são aquelas em que a equipa consegue trabalhar efetivamente no modelo centrado na família, como explicita uma das profissionais ao partilhar a sua experiência “tenho uma situação que durante o confinamento evoluiu imenso e chegamos ao presencial e regrediu, porque deixou de ter o constante feedback da mãe e a intervenção era em todos os contextos diários da criança, passando só a estar eu, uma vez por semana no contexto pré-escolar” [P2]. Portanto, pode afirmar-se que a maioria das profissionais revelam dificuldade em colocar em prática o modelo de intervenção centrado na família nos contextos onde habitualmente trabalham (contextos educativos), no entanto, quando conseguem fazê-lo referem maior êxito, sendo de salientar que muitas vezes a dificuldade se deve sobretudo à discrepância de horários entre os profissionais e as famílias. Contudo, duas das profissionais referenciaram a família como principal entrave para colocar o modelo em prática, sendo as mesmas que sistematicamente manifestaram discordância face à opinião dos restantes elementos da equipa e revelaram falta de conhecimento relativamente às práticas recomendadas.

A terminar, os profissionais afirmaram que a sua participação no *focus group* foi muito rica e útil, tendo constituído uma oportunidade para a equipa realizar uma reflexão sobre as suas práticas. E, consideraram que, internamente, deveriam existir mais momentos como este, não só acerca das práticas como também sobre as dificuldades que os profissionais sentem. Ressalvam que a equipa tem ainda um longo caminho pela frente, mas que todos os profissionais gostam do trabalho que desenvolvem e acreditam no modelo de intervenção centrado na família.

Face às opiniões manifestadas durante a discussão em grupo, importa evidenciar que, apesar da maioria ter presente quais as práticas recomendadas em IPI, existem dificuldades na sua implementação no “terreno”, devido a diversos fatores, tais como, incompatibilidade de horários, expectativas das famílias, das educadores de infância e dos médicos na prática do modelo clínico; e, muitas vezes, por existir falta de outros recursos de apoio direto às crianças. Também importa salientar que, no caso desta equipa, a maioria das profissionais não teve qualquer tipo de formação sobre as práticas recomendadas em IPI e existem colegas com diferentes cargas horárias (algumas estão a tempo inteiro, outras apenas 12 horas ou 8 horas semanais), as colegas que não estão a tempo inteiro, também trabalham em outros serviços com outro tipo de práticas que não coincidem com as práticas recomendadas em intervenção precoce na infância, o que não facilita o envolvimento e investimento destes profissionais no trabalho da equipa.

4. Análise Global dos Resultados

Considerando os resultados obtidos através da aplicação da Escala de Intervenção Focada na Família, da Observação Participante e da realização do Focus Group, constatamos que a maioria dos profissionais da equipa, objeto deste estudo, têm conhecimento das práticas recomendadas em IPI, nomeadamente do modelo de intervenção centrado na família. No entanto, após a análise dos resultados obtidos através destes diferentes instrumentos de recolha de dados, foi possível verificar lacunas na sua implementação.

Constatou-se que estas lacunas estão relacionadas com a rotatividade de profissionais da equipa, quer na área da educação, quer nas áreas, da saúde e ação social diferença da carga horária e a falta de formação em IPI.

Também se verificou que as características de cada família, bem como a tipologia dos casos, influenciam a equipa na implementação do modelo de intervenção centrado na família.

Outro fator que também pode influenciar é a organização e gestão do trabalho da própria equipa, existem profissionais que estão mais direcionados para apoiarem as famílias em relação a questões mais burocráticas (como por exemplo subsídios, alimentação) e outros para questões de intervenção direta com a criança, o que confirma que a equipa não coloca em pratica o modelo de trabalho em equipa transdisciplinar, uma vez que os profissionais revelam dificuldade em “despir” a sua formação base e encararem o conhecimento de uma forma plural e transversal a todas as áreas de formação.

Na análise dos resultados também se constatou, de acordo com a opinião dos profissionais, que também influencia a prática do modelo de trabalho centrado na família é a falta de compatibilidade dos horários entre as famílias e os profissionais, e a “pressão” que o contexto educativo, os médicos e muitas vezes a própria família exerce em relação aos apoios diretos às crianças, o que pode ser justificado também pela falta de recursos para apoio a estas crianças e famílias.

Contudo, importa salientar que também foi possível constatar que apesar da dificuldade na implementação do modelo de trabalho centrado na família, os profissionais revelam preocupação em cumprirem algumas das práticas recomendadas em IPI e procuram seguir uma abordagem centrada na família, uma vez que criam oportunidades para o diálogo informal com as famílias, reconhecem os pontos fortes das famílias,

procuram compreender as preocupações e prioridades das mesmas e demonstram preocupação e empatia pela família.

Considerando todos os dados recolhidos, tal como já foi referido, a maioria dos profissionais da equipa tem alguns conhecimentos sobre as práticas recomendadas em IPI e, em particular, sobre o modelo de intervenção centrado na família, porém têm consciência que muitas vezes não o conseguem implementar.

Os obstáculos identificados para a sua aplicação na prática passam por:

- falta de investimento na formação contínua, uma vez que a maioria dos profissionais não tem qualquer tipo de formação específica no domínio da intervenção precoce na infância e que o que vão aprendendo sobre as práticas deve-se ao contacto com outros profissionais com formação e mais experiência;

- falta de estabilidade da equipa, devido à rotatividade de profissionais, sobretudo na área da educação, bem como à disparidade de horários dos diferentes profissionais, uma vez que alguns dos profissionais trabalham a tempo inteiro na IPI e outros trabalham poucas horas e estão inseridos em outros serviços;

- contexto onde a intervenção é realizada, uma vez que, no caso desta equipa, a intervenção é realizada maioritariamente em contexto educativo e, por isso constata-se que não existe o mesmo envolvimento com a família, que quando a intervenção é realizada em contexto de domicílio onde se verifica uma maior disponibilidade dos pais.

- características das famílias, uma vez que cada família é diferente, havendo influência de diversos fatores, tais como religião, cultura, educação, valores e crenças, cada família tem a sua estrutura própria, diferentes recursos, preocupações e prioridades e estas necessidades e características individuais de cada família condicionam o seu comportamento e envolvimento na intervenção.

- tipologia dos casos, pois constatou-se que nos casos de crianças diagnosticadas com perturbações de desenvolvimento mais graves, as famílias mostram maior interesse e envolvimento na intervenção.

Em suma, o presente estudo parece indicar que os profissionais de IPI, embora comecem a interiorizar algumas práticas colaborativas como ideais, ainda revelam um modelo de trabalho como “especialistas”, dificuldade em trabalhar transdisciplinarmente, algumas limitações no envolvimento e participação da família durante o processo e dificuldade na intervenção em contextos naturais com tendência a intervir diretamente com a criança. No entanto, existe uma clara vontade de mudança de atitude por parte dos mesmos no sentido de melhorarem a qualidade das suas práticas.

CONCLUSÕES

A Intervenção Precoce na Infância é um modelo de intervenção local, realizada por uma equipa transdisciplinar, centrada na família, que procura capacitar os pais considerando-os parceiros e valorizando as suas decisões, contribuindo para o bom desenvolvimento dos seus filhos. Segundo Brewer, McPhearson, Magrab, & Hutchins, (1989, citados por Carvalho et al, 2016, p. 77)

A abordagem centrada na família assenta numa filosofia de atendimento em que o papel fundamental da família é reconhecido e respeitado como primordial nas vidas das crianças que requerem cuidados especiais de saúde. Esta filosofia partilha a ideia de que as famílias devem ser apoiadas nos seus contextos naturais e nos seus papéis de decisão através do reforço das capacidades únicas que possuem como pessoas e como famílias.

O presente estudo procurou perceber como é que uma ELI aplica as práticas recomendadas em IPI, concretamente o modelo de intervenção centrado na família, bem como, quais os obstáculos que encontra no seu dia-a-dia que dificultam a implementação deste modelo. Para tal, foram utilizados três instrumentos de recolha de dados diferentes, cujo objetivo foi reunir o máximo de informação possível acerca das práticas da equipa e dar voz às suas potencialidades e fragilidades.

Relativamente à questão de partida desta investigação: *Perceber se as práticas implementadas pela equipa local de intervenção precoce são centradas na família ou na criança?* pode concluir-se que as práticas de trabalho da equipa ainda são muitas vezes centradas na criança, apesar da maioria dos profissionais ter conhecimento acerca do modelo de intervenção centrado na família, tendo sido identificados alguns constrangimentos na implementação do mesmo.

Tendo em consideração os obstáculos sinalizados, neste estudo, que se devem sobretudo à falta de formação em IPI, rotatividade de profissionais na equipa, contextos de intervenção, tipologia dos casos e características das famílias. Estes poderiam ser contornados através da realização de mais formação e supervisão, pois se todos os elementos da equipa tiverem conhecimento das práticas recomendadas em IPI torna-se mais fácil ultrapassar os obstáculos, uma vez que todos os profissionais estarão em sintonia. É também importante que toda a equipa, o Núcleo de Supervisão Técnica e a entidade promotora mantenham um contacto regular, de forma a perceber quais as dificuldades com que a equipa se depara no dia-a-dia e em conjunto encontrar soluções

para ultrapassar as mesmas. Também dentro da própria equipa é importante criar momentos de diálogo e espaços de reflexão acerca das práticas implementadas para partilhar experiências e dificuldades.

Em suma, considera-se importante que a ELI, em articulação com o Núcleo de Supervisão Técnica e a entidade promotora, reflita acerca de aspetos em que são necessárias efetuar alterações, em especial nas dimensões em que se verificou que a equipa revela mais dificuldades, para que haja uma aproximação do modelo de intervenção centrado na família.

No entanto, importa referir que todos os elementos da equipa se esforçam para fazer o melhor trabalho possível, com todas as famílias e crianças que acompanham. E que o foco da equipa é sem dúvida melhorar a vida das crianças e das famílias que apoiam, uma vez que todos os profissionais, revelam preocupação e empatia em todos os casos.

Ao longo da realização deste estudo surgiram algumas limitações, nomeadamente constrangimentos devidos à pandemia, que alterou por completo o trabalho da equipa, bem como o plano da investigação, que teve de ser adaptar para se poder realizar a recolha de dados. Assim, as reuniões de discussão de casos e o focus group não puderam ser realizadas presencialmente, como estava inicialmente programado. A observação das reuniões de discussão de caso poderia ter sido mais abrangente e mais diversificada, incluindo mais profissionais da equipa, mais casos com tipologias e idades mais diversificadas.

Contudo, consideramos que o facto de, neste estudo, terem sido utilizados três tipos de instrumentos para a recolha de dados constitui uma mais-valia, uma vez que permitiu analisar os dados em diferentes dimensões e fazer uma análise mais ampla e objetiva do funcionamento da equipa.

Ao finalizar este estudo, que se revelou uma experiência muito enriquecedora, espera-se poder ter contribuído, de alguma forma, para que esta ELI, bem como o NST e a entidade promotora, possam refletir sobre as práticas e a realidade da equipa. Mas, acima de tudo, para que as crianças e suas famílias recebam um apoio cada vez mais diferenciado, próximo das suas necessidades e do que os modelos teóricos recomendam, promovendo a melhoria da qualidade das práticas e a inclusão plena destas crianças e suas famílias na nossa sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, I., C., I., Felgueiras, I., & Pimentel, J.S. (1997). Algumas conclusões do estudo avaliativo referente à implementação do Programa Portage em Portugal. *Cadernos do CEACF*, 13/14, 67-78
- Alarcão, M. (2002). (Des) Equilíbrios Familiares – Uma visão sistémica. Coleção Psicologia Clínica e Psiquiatria, 16, (2.ª Ed.). Coimbra: Quarteto.
- Aleixo, E. P. (2014). *Práticas de Intervenção Precoce centradas nos contextos naturais e o seu contributo para a promoção do desenvolvimento de uma criança*. Escola Superior de Educação de Coimbra. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/11716>
- Almeida, C. (2013). *Transdisciplinariedade em Intervenção Precoce na Infância*. Tese de Mestrado, Lisboa. Obtido em 17 de maio de 2019, de <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/4025>
- Almeida, I. C. (2004). Intervenção Precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade? Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.12/5956>
- Almeida, I. C. (2009). *Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Instituto Nacional para a Reabilitação.
- Almeida, I. C. (2011). A intervenção centrada na família e na comunidade: o hiato entre as evidências e as práticas. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.12/6445>
- Amaro, F. (2006). *Sociologia da Família*. Universidade Técnica de Lisboa.
- Antunes, A. (2016). *Trabalho em equipa: a importância dos momentos de reflexão na cheche e no jardim-de-infância*. Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal. Obtido em 7 de abril de 2019, de <http://hdl.handle.net/10400.26/11077> 23 maio 2019
- Bayley, D. B., Wolery, M. (1992). *Teaching infants and preschoolers with disability*. New York: Macmillan Publishing Company
- Branco, A. (2014). Necessidades dos pais de crianças com NEE incluídas em Jardim de Infância (Relatório de Mestrado). Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco. p6
- Bogdan, R., & Taylor, S. (1975). *Introduction to qualitative research methods: A phenomenological approach to the social sciences*. New York: J. Wiley. Boumard, P. Ethnographie de l'École et Anthropologie de l'Institution. *Ethnologie Française*.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação, Coleção Ciências Sociais da Educação*. Porto: Porto Editora.
- Borges, M. I. (2015). *A relação Família/escola e as crianças com Necessidades Educativas Especiais*. Instituto Superior de Educação e Ciências. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21559/1/tese%20versão%20final%20Marlene.pdf>
- Carpenter, B. (2007) The impetus for family-centred early childhood intervention. *child: care health and development*, 33,6, 664-669

- Carvalho, L., Almeida, I., Felgueiras, I., Leitão, S., Boavida, J., Santos, P., . . . Franco, V. (2016). *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância. Um Guia para Profissionais*. Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce.
- Carvalho, O. (2011). *De pequenino se torce o destino: O valor da Intervenção Precoce*. Porto: Legis Editora.
- Carvalho, S. P. (2009). A personalidade na etiologia e progressão da doença física. *Portal dos Psicólogos*.
- Correia, M. B. (2009). Observação Participante Enquanto Técnica de Investigação. *Pensar Enfermagem*, 30-36.
- Correia, M., & Serrano, A. (1994). Impacto dos Programas de Intervenção. *Revista Portuguesa de Educação*.
- Costa, D. C. (2014). *Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro do Autismo*. Dissertação de mestrado, Escola Superior de Educação João de Deus. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/14422>
- Costa, M. I. (2004). *A família com filhos com necessidades educativas especiais*. Instituto Politécnico de Viseu. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.19/444>
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a Família na Perspetiva Sistémica: O Processo de Comunicação no Sistema Familiar. *Revista Gestão e Desenvolvimento*, 139-153. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/9176>
- Duarte, M. R. (2010). *Percepções, Sentimentos e Receios de Famílias de Crianças com Deficiência*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Obtido de <http://hdl.handle.net/10316/15579>
- Dunst, C. J., & Bruder, M. B. (1999). Family and community activity settings, natural learning environments, and children's learning opportunities. *Children's Learning Opportunities Report*, 1(2). Everyday Children's Learning Opportunities Institute
- Dust, C. (2000). *Evidence-based early childhood intervention and family support: Reflective questions for improving practices*. Morganton: Family, Infant and Preschool Program.
- Fachadas, M. C. (2011). *Suporte social : intervenção para a promoção do papel parental*. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa . Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/8850>
- Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em Intervenção Precoce. *Interação em Psicologia*, p. p. 113 a 121. Obtido de *Interação em Psicologia*.
- Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*, 113-121.
- Freitas, S. (2014). Uma Visão Sociológica sobre a Famílias. *Leia SFF nº 39*, 5-8.
- Guralnick, M. J. (Ed.). (2005). *A developmental systems approach to early intervention*. Baltimore: Brookes. www.brookespublishing.com
- Gameiro, J. (1994). *Quem sai aos seus*. Porto: Porto Editora.

- Gonçalves, B. L. (2018). Práticas Típicas e Ideais em Intervenção Precoce: O ponto de vista dos profissionais das Equipas Locais de Intervenção do distrito do Porto.
- Gonçalves, M., & Simões, C. (2010). Práticas de Intervenção Precoce na Infância- As necessidades de famílias de crianças com necessidades educativas especiais. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/9119>
- Guadalupe, S. (2011). A Família de Pessoas com Necessidades Especiais e Redes Sociais. *Revista Diversidades*, nº 32, 6 a 8.
- Juan, S., & Roussos, A. (2010). El focus groups comotécnica de investigacion qualitativa. Obtido de http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt_nuevos/256_roussos.pdf
- Lopes, M. A., Ribeiro, A. R., Santo, I. E., Ferreira, F. & Frederico, L. (2012). Serviço Social e Qualidade em Contexto Hospitalar. In Carvalho, M. (org.), *Serviço Social na Saúde* (pp. 25-53). Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda.
- King, G., Strachan, D., Tucker, M., Duwyn, B., Desserud, S., & Shillington, M. (2009). The Application of a Transdisciplinary Model for Early Intervention Services. 22, pp. 211-223.
- McWilliam, R. A. (2010). *Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais*. Porto Editora.
- Mendes, E. (2010). *Avaliação da qualidade em Intervenção Precoce- Práticas no distrito de Portalegre*. Porto. Obtido em 21 de abril de 2019, de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/53579>
- Mónico, L., Alferes, V., Castro, P., & Parreira, P. (2017). A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. 3.
- Nielsen, L. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula: um guia para professores*. Portugal: Porto Editora.
- Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001). *O mundo da criança*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Pimentel, J. (2005). *Intervenção focada na família: Desejo ou Realidade*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e integração das pessoas com deficiência. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.12/1138>
- Pimentel, J. S. (2003). A escala de intervenção focada na família: estudo da sua validação. *Psicologia Vol. XVII*, pp. 179-194. Obtido de <http://dx.doi.org/10.17575/rpsicol.v17i1.444>
- Pimentel, J. V. (2004). Avaliação de programas de intervenção precoce. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.12/201>
- Quitério, C. (2012). A Criança com Necessidades Educativas Especiais: Implicações na dinâmica familiar (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve, Faro. Obtido de <http://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/3279/1>
- Sassi, F. (2013). O impacto da deficiência infantil aos pais e o processo de reconhecimento desta realidade por meio do auxílio promovido pelas equipas de profissionais da saúde. *O Portal dos Psicólogos*.

- Serrano, A. M. (2007). *Redes Sociais de Apoio e Sua Relevância para a Intervenção Precoce*. Porto editora.
- Silva, E. A. (2013). As metodologias qualitativas de investigação nas Ciências Sociais. *Revista Angolana de Sociologia* , pp. 77-99. Obtido de <https://doi.org/10.4000/ras.740>
- Silva, I. S., Veloso, A. L., & Keating, J. B. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, pp. 175-190.
- Simeonsson, R. J., & Bailey, D. B. (1990). Family dimensions in early intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early intervention* (pp. 428-444). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tegethof, M. I. (2007). *Estudos sobre intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.12/47>

Anexo I

Escala de Intervenção Focada na Família – versão técnicos

Family Focused Intervention Scale de Mahoney

O'Sullivan & Dennenbaum (1990) adaptada por Pimentel (2003)

Leia cada afirmação e responda colocando um círculo à volta de um dos números, de 1 (nunca) até 6 (sempre). Por favor não deixe nenhum dos itens em branco.

Todos os dados recolhidos são confidenciais.

Muito obrigada.

Com que frequência, no seu trabalho de IPI: **Nunca** **Às vezes** **Sempre**

1 - Discute com a família os objectivos globais do PIIP	1	2	3	4	5	6
2 - Pergunta à família o que espera concretamente do PIIP relativamente ao seu filho	1	2	3	4	5	6
3 - Lhe pergunta o que quer para a sua família	1	2	3	4	5	6
4 - Pergunta à família o que precisa para a criança	1	2	3	4	5	6
5 - Fala com a família sobre o desenvolvimento da criança	1	2	3	4	5	6
6 - Explica à família porque é que se usam testes	1	2	3	4	5	6
7 - Explica à família como vai fazer a avaliação da criança	1	2	3	4	5	6

8 – Pede que a família esteja presente quando a criança é avaliada	1	2	3	4	5	6
9 - Explica à família os resultados dos testes	1	2	3	4	5	6
10 - Explica à família o que significam os resultados das avaliações/relatórios que a criança tem	1	2	3	4	5	6
11 - Pergunta à família quais são as suas principais necessidades	1	2	3	4	5	6
12 - Pergunta à família quais são as suas principais preocupações	1	2	3	4	5	6
13 - Ajuda a família a preparar o futuro da criança	1	2	3	4	5	6
14 - Mostra à família como ajudar a criança a desenvolver-se	1	2	3	4	5	6
15 - Lhe pergunta o que gostaria que a criança conseguisse aprender nas várias áreas	1	2	3	4	5	6
16 - Mostra à família como deve brincar com a criança	1	2	3	4	5	6
17 - Lhe dá brinquedos ou jogos para a criança	1	2	3	4	5	6
18 - Lhe dá um plano de trabalho para realizar ao longo do mês/semana	1	2	3	4	5	6
19 - Mostra interesse em ouvir a família acerca dos seus problemas e não só acerca da criança	1	2	3	4	5	6

20 - Ajuda a família a saber lutar, com a informação necessária, pelos direitos da criança	1	2	3	4	5	6
21 - Quer que a família escolha o que fazer no PIIP	1	2	3	4	5	6
22 - Pergunta à família como quer participar no PIIP	1	2	3	4	5	6
23 - Ajuda a família a escolher o contexto educativo futuro para a criança (Jardim infantil, ama, escola regular, escola especial, etc.)	1	2	3	4	5	6
24 - Ajuda a família a obter ajuda de amigos e vizinhos	1	2	3	4	5	6
25 - Dá informação sobre formas de reduzir e combater o stresse	1	2	3	4	5	6
26 - Ajuda a família conseguir ter tempo para si própria	1	2	3	4	5	6
27- Ajuda a família a obter cuidados médicos para a criança	1	2	3	4	5	6
28 - Encaminha a família para outros profissionais como assistentes sociais ou outros técnicos	1	2	3	4	5	6
29 - Pergunta à família se gostava que outros profissionais dessem opinião sobre o caso da criança	1	2	3	4	5	6
30 - Orienta a família para outros Programas, como Centros especializados ou escolas	1	2	3	4	5	6
31 - Proporciona oportunidades para que a família participe em grupos de pais	1	2	3	4	5	6
32 - Ajuda a família a preencher impressos	1	2	3	4	5	6

33 - Ajuda a família a obter apoios para a criança noutros serviços	1	2	3	4	5	6
34 - Ajuda a família a obter subsídios a que tem direito	1	2	3	4	5	6
35 - Ajuda a família a encontrar transporte para os apoios, se necessário	1	2	3	4	5	6
36 - Encoraja a família a tomar as decisões sobre a educação e cuidados com a criança	1	2	3	4	5	6
37 - A ajuda a encontrar quem tome conta da criança	1	2	3	4	5	6
38 - Ajuda a família nos problemas pessoais/ familiares	1	2	3	4	5	6
39 - Ajuda a família a saber lidar com o sistema de ensino e de apoio a crianças com NEE	1	2	3	4	5	6
40 - Mostra à família como aproveitar as rotinas do dia a dia para ajudar o desenvolvimento da criança	1	2	3	4	5	6

Anexo II

Registo de observação de Reunião de Estudo de Caso	
Profissionais da ELI:	
Familiares:	
Outros (educadora, ama, etc):	
Local:	
Tempo de reunião:	

Os Profissionais da ELI...	
Observações	
Tiveram em consideração os horários da família e as restrições de tempo para o agendamento da reunião?	
Agendam com que regularidade estes momentos?	
Criam oportunidades para partilha de informação com a família	
Utilizam estratégias para manterem o contacto com a família, como por exemplo: emails, telefonemas, bilhetes pessoais?	
Comunicam com a família pelo menos uma vez por semana?	

Reconhecem pontos fortes da criança e da família	
Elogiam a criança, reconhecendo os pontos fortes?	
Reconhecem a família e elogiou os contributos da mesma no sucesso da criança (recursos capacidades, conhecimento)?	
Reconhecem e identificam os contributos dos pais para o funcionamento geral do agregado familiar?	
Solicitam ideias e opiniões dos pais	
Começam por questionar os pais sobre as suas ideias ou sugestões antes de lhes fazer recomendações profissionais?	
As recomendações profissionais são viáveis no seio familiar?	
Procuram compreender as preocupações e prioridades da família	
Tentam compreender as preocupações dos pais e as motivações para atingirem os resultados pretendidos?	
Demonstram interesse pelas perspetivas dos pais?	
Mantém uma posição neutra/ imparcial face a diferentes opiniões dos pais?	

Demonstram preocupação por todo o agregado familiar	
Mostram interesse pelas atividades de todos os membros da família (passatempos, interesses)	
Demonstram empatia com o impacto que o comportamento da criança, as necessidades de saúde, as terapias têm nos outros membros da família?	
Revelam sensibilidade em relação a quaisquer dificuldades que pais ou irmãos estejam a sentir e forneceu informação relativa a potenciais recursos?	
Recorrem à escuta ativa?	
Na (re)avaliação do Plano Individual de Intervenção (PIIP)	
Explicam os parâmetros de avaliação?	
Permitem que a família faça primeiro a sua avaliação?	
Questionam os pais sobre os objetivos que os mesmos consideram importantes incluir no PIIP?	
Os objetivos definidos vão ao encontro das prioridades da família?	

Ajudam os pais na conceção de novos objetivos?	
Sugerem aos pais novos objetivos, quando os mesmos não referem nada?	

Adaptado de McWilliam (2010)

Anexo III

Guia da Entrevista em Grupo Focal

Nota:

- Não existem respostas certas ou erradas

Objetivo: perceber o ponto de vista de todos os profissionais da equipa.

Questão de partida

Consideram que as práticas de trabalho implementadas pela equipa são centradas na família ou na criança?

- ✓ Têm conhecimento sobre as práticas inerentes ao modelo de trabalho centrado na família?
- ✓ Existe dificuldade na implementação deste modelo? Quais as razões dessa dificuldade?
- ✓ Consideram a família como parceira na intervenção? Envolvem a mesma no processo?
- ✓ A intervenção centrada na família pode ser implementada nos contextos em que a equipa habitualmente intervém?

Conclusão da entrevista em grupo focal

De todos os aspetos discutidos qual foi aquele que consideraram mais importante?

