

PRÁTICAS ATUAIS E IDEAIS EM INTERVENÇÃO PRECOCE NO ALENTEJO: PERCEÇÕES DOS PROFISSIONAIS.

Helena Sofia Mendes Augusto

Provas destinadas à obtenção do grau de Mestre em Intervenção Precoce



INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS

Fevereiro de 2012

INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS

Unidade Científico-Pedagógica de Ciências de Educação

Provas no âmbito do 2º Ciclo de Estudos em Intervenção Precoce

**PRÁTICAS ATUAIS E IDEAIS EM INTERVENÇÃO PRECOCE NO ALENTEJO:
PERCEÇÕES DOS PROFISSIONAIS**

Autor: **Helena Sofia Mendes Augusto**

Orientadora: **Professora Doutora Cecília Aguiar**

Coorientadora: **Mestre Leonor Carvalho**

Fevereiro de 2012

Agradecimentos

Muito obrigada à Professora Doutora Cecília Aguiar, pela disponibilidade para ser minha orientadora, por tudo o que aprendi, pela paciência, dedicação e rigor.

Obrigada à Mestre Leonor Carvalho, pelo seu apoio e orientação.

Obrigada aos profissionais das ELI do Alentejo por partilharem as suas práticas típicas, e aquelas que consideram ideais. Obrigada pela colaboração e por partilharem a sua experiência.

Obrigada à Ana Brito, Carla Ferro, Gisela Silva, Irini Berketis, Misita, Sónia Mourato e Vânia Pereira, pela amizade, força, presença e estímulo nos momentos certos. Obrigada, por terem sido sempre e ao longo deste trabalho as melhores amigas, permitindo que nunca desistisse e por acreditarem sempre que ia conseguir.

Obrigada ao Álvaro Pôla, António Valério e Elisabete Fernandes por me terem acolhido, durante alguns meses nas estadias em Lisboa.

Obrigada aos elementos da minha equipa: a ELI de Reguengos de Monsaraz e Mourão, pelo conhecimento, pela partilha e sobretudo pela compreensão nos momentos mais difíceis.

Obrigada à minha família, em particular à minha mãe e ao meu pai por me terem ensinado a ser aquilo que sou.

Obrigada ao Gonçalo pelos fins de semana em que não estive tão presente, pelo mau humor, o meu agradecimento pela paciência, carinho e, acima de tudo por me fazer sempre sorrir ...

Resumo

No campo da Intervenção Precoce na Infância tem-se verificado uma crescente preocupação com a avaliação da qualidade das práticas, defendendo-se a utilização de práticas baseadas em evidências (Almeida, 2009). Avaliar as percepções dos profissionais revela-se importante, não só para compreender as práticas utilizadas, para aferir a qualidade dos programas, mas também para sensibilizar os últimos para as práticas recomendadas (Warfield & Hauser-Cram, 2005, citados por Mendes, 2010).

Neste estudo pretende-se compreender as percepções que os profissionais das Equipas Locais de Intervenção (ELI) do Alentejo têm em relação às suas práticas típicas, bem como as suas percepções acerca das práticas ideais. Participaram 167 profissionais de 25 equipas dos distritos de Portalegre, Évora e Beja e da região do Alentejo Litoral, a quem foram remetidos, via correio, os instrumentos de recolha de dados, o Questionário aos Profissionais de IPI e a Escala de Avaliação de Serviços: Famílias em Contextos Naturais, uma tradução da *Families in Natural Environments Scale of Service Evaluation* (FINESSE; McWilliam, 2008/2000).

De acordo com os resultados obtidos, verifica-se que (1) existem diferenças estatisticamente significativas e de elevada magnitude entre as percepções que os profissionais das ELI do Alentejo têm em relação às práticas típicas e ideais; (2) não existem diferenças estatisticamente significativas na percepção que os profissionais das ELI do Alentejo têm em relação às práticas típicas e ideais, quando consideradas as variáveis idade, tempo de experiência profissional em IPI, formação de base e formação complementar; e (3) existem diferenças entre as percepções que os profissionais das ELI do Alentejo têm em relação às práticas típicas, em função das percepções dos profissionais acerca do tipo de funcionamento da equipa, com os profissionais que caracterizam o funcionamento da equipa como transdisciplinar a relatar práticas típicas mais próximas das práticas recomendadas. Os resultados suscitam duas implicações essenciais: a formação dos profissionais e linhas de futura investigação.

Palavras-chave: Intervenção Precoce na Infância, percepção dos profissionais, práticas típicas, práticas ideais.

Abstract

In the field of Early Childhood Intervention (ECI) there has been a growing concern with the assessment of the quality of practices, advocating the use of evidence-based practice (Almeida, 2009). Assessing the perceptions of professionals is important not only to understand the practices used, in order to assess the quality of programs, but also to raise awareness in the professional community of the recommended practices (Warfield & Hauser-Cram, 2005, cited by Mendes, 2010).

In this study we aim to understand the perceptions that professionals of Local Intervention Teams (LIT) of Alentejo have about their typical practices, as well as their perceptions about the ideal practices. Participants were 167 professionals from 25 teams from the districts of Portalegre, Évora, and Beja and from the region of the Alentejo coast, to whom we sent, using regular mail, the instruments of data collection, the Questionnaire to ECI Professionals and the Portuguese translation of the Families in Natural Environments Scale of Service Evaluation (FINESSE; McWilliam, 2008/2000).

According to the results, it appears that (1) there are strong statistically significant differences between the perceptions that practitioners of LIT of Alentejo have regarding typical and ideal practices; (2) there are no statistically significant differences between the perceptions that professionals of LIT of Alentejo have, in relation to typical and ideal practices, when considering variables such as age, years of experience in ECI, basic training, and further training; and (3) there are statistically significant differences between the perceptions of professionals of LIT of Alentejo regarding typical practices, as a function of professionals perceptions regarding the functioning of their team, with professionals that rate their team as transdisciplinary reporting typical practices closer to recommended practices. The results raise two key implications: professional training and lines of future research.

Key words: Early Childhood Intervention, perceptions of professional, typical practices, ideal practices.

Índice Geral

Índice Geral	10
Índice de Quadros	12
I. Introdução	13
II. Revisão de literatura, objetivos e hipóteses	16
1. Modelo bioecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner: a importância dos contextos e dos processos proximais.....	16
2. Práticas recomendadas em IPI.....	21
2.1. Práticas centradas na família.....	23
2.1.1. <i>Do modelo centrado na criança às práticas centradas na família: perspectiva histórica</i>	23
2.1.2. <i>A família como unidade de intervenção e o papel do profissional</i>	29
2.2. Intervenção centrada nos contextos naturais.....	33
2.3. Intervenção baseada nas rotinas.....	38
2.4. Funcionamento transdisciplinar.....	43
3. IPI em Portugal e no Alentejo.....	49
4. Objetivos e Hipóteses.....	55
III. Método	56
1. Participantes.....	56
2. Instrumentos.....	57
3. Procedimento de recolha de dados.....	58
4. Procedimento de análise de dados.....	59

IV. Resultados	61
1. Percepções dos profissionais em relação às práticas típicas e às práticas ideais.....	61
2. Comparação das médias obtidas nas subescalas de práticas típicas e de práticas ideais em função de variáveis sociodemográficas	63
2.1. Comparação de médias obtidas na subescala de práticas típicas	63
2.2. Comparação de médias obtidas na subescala de práticas ideais	64
2.3. Comparação das médias obtidas nas subescalas de práticas típicas e de práticas ideais em função do modelo de funcionamento da equipa	65
2.4. Associações entre as percepções relativas às práticas típicas e às práticas ideais e as percepções acerca do tipo de funcionamento da equipa.....	65
V. Discussão de resultados	67
VI. Referências Bibliográficas	78

Índice de Quadros

Quadro 1. Estatísticas descritivas para os itens e subescalas da FINESSE	62
Quadro 2. Comparação de médias obtidas nas práticas típicas em função da idade, do tempo de experiência em IPI e da formação complementar (especialização).....	63
Quadro 3. Comparação de médias obtidas nas práticas ideais em função da idade, do tempo de experiência em IPI e da formação complementar (especialização).....	64
Quadro 4. Comparação de médias das práticas típicas e das práticas ideais em função do modelo de funcionamento da equipa	65
Quadro 5. Perfil dos profissionais das ELI do Alentejo quanto às práticas típicas e ideais	70

I. Introdução

A Intervenção Precoce na Infância (IPI) refere-se ao "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" (Decreto-Lei n.º 281/2009, p. 7298). Este conjunto de medidas destina-se a crianças dos 0 aos 6 anos, com risco de alteração ou alteração nas funções e estruturas do corpo, ou com risco de atraso grave do desenvolvimento, e às suas famílias.

A IPI caracteriza-se por uma abordagem sistémica, ecológica e transacional (Mendes, 2010; Pimentel, 2005; Serrano & Correia, 2000), e parte do pressuposto que as experiências precoces são cruciais em termos do desenvolvimento humano, e que problemas de origem genética, biológica e ambiental podem ser ultrapassados, ou atenuados, através de uma intervenção atempada e de qualidade (Almeida, 2009). Ao contrário do que sucede com outros serviços dirigidos à infância, a IPI é um sistema complexo de serviços que envolve a participação de múltiplos interlocutores e disciplinas, a coordenação de recursos e a colaboração de diversos serviços e parceiros no sentido de dar resposta às necessidades de uma população heterogénea de crianças e famílias. Para além disso, os programas de IPI refletem uma enorme diversidade de abordagens e modelos conceptuais (Guralnick, 2005, citado por Mendes, 2010).

A investigação tem fornecido evidências que as práticas de IPI devem ser uma área prioritária nas políticas nacionais dos países, constituindo um investimento eficaz e rentável, também em termos económicos (Guralnick, 1997, citado por Almeida, 2009). Esta tem evidenciado que a implementação de programas de IPI traz benefícios muito positivos para a criança e para a sua família, quer a curto quer a longo prazo (Guralnick, 1998; Ramey & Ramey, 1998, citados por Bailey et al., 2006; Figueiredo, 2008).

Nos últimos anos, tem-se verificado uma crescente preocupação com a qualidade das práticas utilizadas na IPI, tanto em Portugal, como no estrangeiro. Mendes (2010) refere que a quantidade de estudos que avaliam a qualidade dos serviços fornecidos tem crescido, procurando responder a questões relacionadas com (a) a medida em que as políticas e as práticas são consistentes com a teoria subjacente à IPI, (b) a medida em que a intervenção é eficaz na obtenção dos resultados desejados para a criança e para a família, e (c) a forma como os pais e profissionais avaliam a qualidade dos programas.

De forma a ir ao encontro das questões defendidas pelo modelo bioecológico do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner 1979, 1986, 1995, 2005; Bronfenbrenner & Morris, 1998), e pelos modelos sistémico e transacional, assim como para potenciar os resultados obtidos através das práticas utilizadas pelos profissionais, os teóricos da área da IPI têm vindo a sistematizar um conjunto de práticas recomendadas. Entendemos práticas recomendadas como aquelas que são baseadas em evidências (Almeida, 2009), ou seja, são implementadas com consciência dos resultados que produzem, visto que são sustentadas por resultados da investigação (Aguiar, Moiteiro, Correia, & Pimentel, 2011).

Podemos sistematizar as práticas recomendadas em quatro pilares: as práticas centradas na família, as práticas nos contextos naturais de vida, as práticas baseadas nas rotinas e o funcionamento transdisciplinar da equipa. A investigação tem demonstrado de que a conjugação destas práticas na intervenção maximiza os seus efeitos positivos (Smith et al., 2002). Visto que fomentam uma intervenção naturalista e holística, produzem bons resultados no desenvolvimento da criança, ao potenciarem os recursos dos seus contextos, especialmente da família, que constitui a maior influência sobre o desenvolvimento da criança (Bruder, 2000, citado por Woods & Linderman, 2008).

O presente estudo, intitulado "Práticas Atuais e Ideais em Intervenção Precoce no Alentejo: Perceções dos Profissionais", foi desenvolvido no âmbito do curso de Mestrado em Intervenção Precoce do Instituto Superior de Educação e Ciências de Lisboa, e tem como objetivo compreender as perceções que os profissionais das Equipas Locais de Intervenção (ELI) do Alentejo têm em relação à sua prática. Este estudo surgiu da necessidade de compreender o modo como os profissionais, que diariamente desenvolvem a sua prática junto de crianças e famílias apoiadas por ELI, avaliam a sua própria intervenção, e, concomitantemente, investigar quais as suas perceções acerca das práticas ideais, tendo em conta o seu conhecimento e a sua experiência. Segundo R. A. McWilliam, Rasmussen e Sydney (2007), apesar de um campo teórico bem formado e de uma filosofia bem divulgada, existe, ainda, uma grande discrepância entre o que é feito pelos profissionais (prática típica) e o que estes consideram que deveriam fazer (prática ideal). Urge, então, estudar esta questão em Portugal, mais especificamente na primeira rede de IPI que cobriu de uma forma alargada e homogénea uma ampla região geográfica, com uma estrutura coordenada e abrangente, com modelos de trabalho e intervenção articulados (Franco & Apolónio, 2008), a IPI do Alentejo.

Para tal, e após a presente introdução, numa segunda parte deste trabalho, realizamos uma revisão da literatura, em que se explicita o modelo bioecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner, por constituir o fundamento teórico da filosofia subjacente às práticas utilizadas na IPI, e se faz referência às práticas recomendadas em IPI. Mais especificamente, abordamos as práticas centradas na família, as práticas nos contextos naturais de vida, as práticas baseadas nas rotinas e o funcionamento transdisciplinar das ELI. Ainda nesta primeira parte, apresenta-se a rede de IPI em Portugal, e no Alentejo, região geográfica onde foi realizado o presente estudo, bem como os objetivos e as hipóteses que fundamentam e orientam este trabalho.

Numa terceira parte apresentamos o método, mais especificamente descrevemos os participantes, os instrumentos utilizados, os procedimentos de recolha de dados e o procedimento de análise de dados. Na quarta parte, procedemos à apresentação dos resultados obtidos e, por fim, na quinta e última parte, realizamos a discussão dos resultados obtidos no presente estudo empírico.

II. Revisão de literatura

1. Modelo bioecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner: a importância dos contextos e dos processos proximais

A compreensão dos sistemas ecológicos permite clarificar a complexidade das interações dos fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais nos riscos precoces que afetam o desenvolvimento. Para Bronfenbrenner (1979, 1986), o desenvolvimento humano é observado a partir de mudanças duradouras na maneira como as pessoas percebem e lidam com o seu ambiente. O ambiente é considerado, nesta abordagem, como ambiente percebido, constituído por quatro níveis crescentes e articulados, organizados num sistema hierárquico inter-relacionado, e progressivamente mais complexo, que tanto sofrem alterações decorrentes das ações dos indivíduos como influenciam o comportamento deste.

O ambiente da criança inclui a família, os amigos, a vizinhança, a igreja e a escola, assim como as forças menos imediatas que constituem a geografia social (e.g., as leis, as instituições e os valores) e o ambiente físico. A interação destas forças sociais, menos imediatas, com os cenários físicos constitui uma importante questão para a perspetiva ecológica, e permitiu uma mudança de paradigma no olhar sobre o desenvolvimento humano, que alcança a individualidade, mas também vê para além dessa individualidade. Desta forma, a compreensão do desenvolvimento e do comportamento deve ser encontrada no indivíduo e no meio ambiente, e nas interações entre estes, visto que a perspetiva ecológica enfatiza a compreensão do desenvolvimento em contexto: o desenvolvimento da criança resulta de interações entre as características biológicas e sociais, isto é, entre as características inatas da criança e a forma como o mundo as trata (Garbarino & Ganzel, 2000).

Bronfenbrenner (1979, 1986) propõe, através da Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano, um modelo onde o desenvolvimento acontece através de processos de interações recíprocas progressivamente mais complexas entre a criança e os vários níveis de influência do meio ambiente. Os quatro níveis propostos por Bronfenbrenner (1979, 1986) são os seguintes: microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema. O microssistema é definido como um padrão de

atividades, papéis, relações interpessoais e experiências vividas pela pessoa em desenvolvimento nos cenários que lhe são acessíveis de forma direta (e.g., família, creche, atividades de tempo livre). Relativamente ao mesossistema, este comporta as relações entre os microssistemas nos quais a criança experiencia a realidade. Consiste, mais especificamente, nas inter-relações e nos processos que se estabelecem, num dado momento, entre dois ou mais cenários que contêm a criança em desenvolvimento e, cuja qualidade, depende do número e da riqueza das interações. Já o exossistema prende-se com a comunidade institucional, ou seja, designa os ambientes que não envolvem a criança como participante ativo, mas nos quais ocorrem eventos que afetam ou são afetados por aquilo que acontece no ambiente no qual se encontra a criança em desenvolvimento. Por último, o macrossistema engloba a estrutura política e social e caracteriza-se pelas consistências culturais na forma e conteúdo dos sistemas anteriores.

A conceptualização deste modelo teve grande impacto ao direcionar a atenção dos trabalhos empíricos para dois tipos de interações: (a) a interação da criança, enquanto organismo biológico, com o ambiente social imediato, como um conjunto de processos, eventos e relacionamentos; e (b) as interações entre os sistemas sociais existentes no ambiente social da criança (Almeida, 2009). Decorrente deste facto, começaram a ser efetuadas pesquisas que se centraram nas características relevantes dos contextos de desenvolvimento, em vez de incidirem apenas sobre as características do indivíduo em desenvolvimento, facto que levou Bronfenbrenner a uma reformulação da teoria inicial

Nesta sua nova reformulação, designada de modelo bioecológico do desenvolvimento humano, Bronfenbrenner (1995; Bronfenbrenner & Morris, 1998), por contraposição ao modelo ecológico, vem enfatizar a importância das propriedades do organismo em desenvolvimento (biológicas, psicológicas e comportamentais) dentro de um sistema que comporta vários níveis, como já foi explicitado anteriormente. As interações passam a ser a parte central do processo. Se até, então, a ênfase era colocada no contexto, após esta reformulação, existe uma clara distinção entre os conceitos: (a) processo, (b) contexto, (c) pessoa, e (d) tempo (Almeida, 2009; Pimentel, 2005).

Quanto ao primeiro conceito, processo, este destaca o papel do indivíduo como agente ativo no seu próprio desenvolvimento, que não absorve apenas o que advém do meio onde está inserido, mas que interage de forma recíproca e progressivamente mais complexa. Desta forma, o processo, envolvendo a função conjunta das características do contexto e da pessoa, dá lugar a uma nova definição de desenvolvimento, que o autor (Bronfenbrenner & Morris, 1998) considera ser o conjunto de processos através dos

quais as propriedades das pessoas e do ambiente interagem para produzir continuidade e mudança nas características da pessoa no decurso da vida.

O conceito de processo ao qual Bronfenbrenner (1995, 2005) e Bronfenbrenner e Morris (1998), designaram de processos proximais, refere-se às formas específicas de interação recíproca entre o ser biopsicológico e as pessoas, símbolos e objetos do seu ambiente externo imediato, que desenvolvem a sua ação ao longo do tempo, e que permitem o desenvolvimento humano. Este conceito envolve três fatores: (a) a pessoa em atividade, ocorrendo as atividades em períodos progressivamente mais prolongados e com complexidade crescente; (b) a pessoa na interação com o outro de forma regular, primeiro com os progenitores e, progressivamente, ao longo do desenvolvimento, com outros adultos significativos; (c) a interação com os objetos do mundo físico que rodeiam a pessoa, promovendo a exploração e a manipulação.

Desta forma, os processos proximais são considerados motores de desenvolvimento; contudo, estes são influenciados pelas características pessoais, bem como pelos contextos em que ocorrem (Bronfenbrenner & Morris, 1998):

A forma, o grau, o conteúdo e a direção dos processos proximais que afetam o desenvolvimento, variam sistematicamente, como uma função conjunta das características da pessoa em desenvolvimento; do contexto – imediato e remoto - em que os processos ocorrem; a natureza dos resultados desenvolvimentais em jogo; e as continuidades sociais que ocorrem ao longo do tempo, através do espaço de vida e do período durante o qual a pessoa vive. (p. 996)

No que concerne ao conceito de contexto, Bronfenbrenner e Morris (1998) consideram que existem características ambientais que podem promover ou dificultar os processos proximais, quer na interação com pessoas, quer com objetos, considerando as condições instáveis que poderão existir nos microssistemas. Quanto ao conceito pessoa, este refere-se às características do próprio indivíduo que facilitam, ou não, as interações (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Por último, relativamente ao conceito de tempo, Bronfenbrenner e Morris (1998) referem-se a períodos nos quais ocorrem os processos proximais e aos quais podem corresponder três níveis: micro-tempo – continuidade/descontinuidade em episódios do processo proximal; meso-tempo – periodicidade dos episódios do processo proximal em intervalos de tempo mais alargados e macro-tempo – considera as mudanças que podem ocorrer na sociedade ao nível de acontecimentos específicos e expectativas numa geração ou na seguinte, podendo ser afetadas ou afetar o desenvolvimento humano.

O modelo bioecológico do desenvolvimento humano tem tido uma importância fulcral na compreensão do que é a criança e na compreensão de todo o conjunto de fatores que influenciam o seu desenvolvimento. Entre as áreas fortemente influenciadas por este modelo, na conceptualização que realiza das problemáticas que lhe são apresentadas, e das práticas que utiliza para as resolver, encontra-se a IPI. Esta compreende a criança em desenvolvimento como estando inserida dentro de contextos, imediatos e latos, sendo que as experiências e as interações que decorrem no seio destes, assim como as modificações que aí ocorrem, influenciam direta e/ou indiretamente o desenvolvimento da primeira. Deste modo, uma intervenção eficaz é aquela que tem em conta o contexto da criança e parte deste para atingir os resultados pretendidos no desenvolvimento da primeira.

Serrano e Correia (2000) descrevem o modelo bioecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner como um dos principais contributos teóricos que influenciaram as políticas e as práticas da IPI, a par de outros modelos teóricos, a saber, a teoria sistémica (Minuchin, 1974, citado por Almeida, 2009) e o modelo transacional de Sameroff (2010). Almeida (2009) enfatiza também estes três modelos, bioecológico, sistémico e transacional, como os principais paradigmas que sustentam a conceptualização das práticas centradas na família, e refere ainda que, apesar de Bronfenbrenner ser frequentemente citado como o autor da perspetiva ecológica, verificou-se na construção dos vários modelos teóricos uma influência recíproca, sendo que as contribuições de todos enriqueceram o modelo de cada um em particular, constituindo no seu conjunto o que se pode designar de paradigma ecológico.

Podemos sistematizar quatro influências diretas do paradigma ecológico nas práticas da IPI (Almeida, 2009): (a) a necessidade de ter em conta a importância do contexto na compreensão do desenvolvimento humano; (b) a necessidade de compreender o papel do indivíduo enquanto agente ativo do seu próprio desenvolvimento; (c) a necessidade de ter em conta a inter-relação, ou fusão dinâmica, entre os vários níveis do sistema desenvolvimental ou ecológico; (d) a necessidade de compreender a mudança como consequência das interações recíprocas e bidirecionais que se estabelecem entre um organismo e um contexto ativo, ou seja, entre os vários níveis desse sistema ecológico. O conjunto destas ideias-chave foi-se progressivamente impondo na área da IPI, através de propostas teóricas de vários autores, e da sua consequente aplicação prática e empírica (Almeida, 2009).

Deste modo, surgiram nos programas de IPI um conjunto de práticas recomendadas, que tentam ir ao encontro das propostas teóricas oferecidas pelo modelo bioecológico do desenvolvimento humano, nomeadamente (a) a necessidade da avaliação e da intervenção serem centradas na família, e não na criança; (b) a necessidade da avaliação e da intervenção decorrerem nos contextos naturais de vida e nas rotinas da criança; e, por último, (c) a necessidade das equipas de IPI terem um funcionamento transdisciplinar. No próximo ponto abordaremos precisamente este conjunto de práticas recomendadas.

2. Práticas recomendadas em IPI

Nos últimos anos, tem-se assistido a uma maior preocupação com a substituição das práticas baseadas no senso comum em prol das práticas baseadas em evidências (Almeida, 2009). Os investigadores e teóricos são da opinião que devem ser efetuadas investigações que possam levar-nos a uma prática baseada em evidências (Dunst, Trivette, & Cutspec, 2007; Guralnick, 2005). Dunst et al. (2007) consideram que as práticas baseadas em evidências fundamentam-se nos resultados da investigação, onde estão delineadas as características e consequências das variáveis ambientais, que se traduzem em informações acerca da forma como proceder para atingir os objetivos pretendidos. Almeida (2009) define práticas baseadas em evidências como aquelas que "ênfatisam as variáveis do sistema social e do meio envolvente associadas à promoção do desenvolvimento das crianças e ao fortalecimento das famílias" (p. 69).

Assim, os profissionais de intervenção precoce/educação especial deveriam implementar práticas que tenham sido alvo de estudos rigorosos e de elevada qualidade científica (Aguiar et al., 2011), porque se a investigação relata que foram eficazes, então, terão efeitos positivos nas crianças (Cutspec, 2004; Dunst, 2006; Guralnick, 1998; Snyder, 2006, citado por Almeida, 2009). No entanto, segundo Dunst, Trivette, Raab, e Masiello (2008), muitos estudos indicam que as práticas recomendadas (baseadas em evidências empíricas) não são utilizadas pelos profissionais, levando a que o desenvolvimento da criança não seja otimizado.

Em 1993, foi efetuado um estudo pela *Division for Early Childhood* do *Council for Exceptional Children* (DEC-CEC), baseado na opinião dos pais e dos profissionais, que teve como objetivo identificar as práticas recomendadas em intervenção precoce/educação especial (DEC- Task Force on Recommended Practices, 1993, citado por Smith et al., 2002). Foram identificadas 405 práticas e um conjunto de linhas orientadoras para a prestação de serviços. Em 2002, a DEC-CEC atualizou essas práticas partindo de uma revisão exaustiva da literatura, no decurso da qual foram analisadas 48 revistas científicas nos domínios da intervenção precoce/educação especial, de 1990 a 1998, com o objetivo de identificar práticas baseadas em evidências (Smith et al., 2002). No contexto do presente trabalho, parece importante identificar as práticas recomendadas em intervenção precoce (Sandall, Hemmeter, Smith, & McLean,

2005). Estas estão relacionadas com o serviço direto e com os apoios indiretos. De acordo com os autores, os serviços diretos incluem:

- a) **A avaliação:** é individualizada, de acordo com a criança e a família, e permite obter informações úteis para a intervenção, existindo uma estreita colaboração entre os profissionais e a família em todo o processo, desde o planeamento até à sua implementação.
- b) **As práticas focadas na criança:** a intervenção é individualizada tendo por base uma avaliação contínua realizada em ambientes seguros, que promovam o envolvimento e a aprendizagem da criança, sendo utilizados procedimentos nos cenários, atividades e rotinas de vida diária.
- c) **As práticas centradas na família:** são individualizadas, flexíveis e fortalecem o funcionamento da família, reforçando as suas forças e recursos, com base num trabalho de colaboração e de partilha entre os profissionais e a família.
- d) **Os modelos interdisciplinares:** incluem a família nas equipas, sendo as decisões tomadas em conjunto; o planeamento da intervenção tem como base o funcionamento da criança e não a especialidade dos profissionais, e a intervenção é delineada dentro das rotinas e dos contextos naturais de vida.
- e) **As tecnologias de apoio à intervenção:** a família e o profissional colaboram desde o planeamento à implementação das tecnologias de apoio, isto é, na implementação de apoio material/ajudas técnicas, para que a família possa, através da tecnologia, ter acesso a informação e a apoios.

Por sua vez, os serviços indiretos incluem:

- a) **As políticas, procedimentos e mudanças de programas:** existem orientações políticas que indicam quais as práticas recomendadas; as famílias e os profissionais participam e contribuem para a definição das políticas; as políticas promovem a participação e a tomada de decisão da família, e a colaboração interdisciplinar e interserviços.
- b) **A preparação das pessoas:** as práticas recomendam a formação interdisciplinar e interserviços; as formações devem ir ao encontro das necessidades dos formandos; a supervisão da intervenção direta é sistemática e os formandos são bem preparados e qualificados.

Os programas de IPI têm sido, ao longo dos tempos, alvo de avaliações relativamente às suas práticas, porque é necessário avaliar a sua eficácia, a sua

qualidade e os seus resultados (Mendes, 2010). Assim, os programas devem efetuar autoavaliações em relação às suas práticas para que promovam a sua melhoria (Aych, Castro, & Selz-Campbell, 2004). Para não tornar demasiado exaustiva a presente descrição do estado da arte sobre as práticas recomendadas em IPI, iremos proceder, de seguida, à análise das quatro práticas que nos parecem fundamentais para uma intervenção de qualidade em IPI e que, a nosso ver, se destacam e congregam em si os vários pontos referidos por Smith et al. (2002) e Sandall et al. (2005), a saber: as práticas centradas na família, a intervenção centrada nos contextos naturais, a intervenção baseada nas rotinas e o funcionamento transdisciplinar.

2.1. Práticas centradas na família

2.1.1. Do modelo centrado na criança às práticas centradas na família: perspetiva histórica

Nas últimas quatro décadas, os modelos conceptuais da IPI têm sofrido constantes mudanças e a fundamentação das práticas tem sido alvo de muitos estudos, que procuram evidenciar alguns aspetos fundamentais da intervenção centrada na família (Gronita, Matos, Pimentel, Bernardo, & Marques, 2011). Verifica-se, assim, uma evolução de um modelo centrado na criança para um modelo centrado na família, em que esta última passa a assumir um papel ativo em todo o processo de intervenção (Bairrão & Almeida, 2003; Eurllyaid, 2009; Pimentel, 2005).

Nos anos sessenta e setenta do séc. XX, a IPI era focada na criança com diferentes problemáticas do desenvolvimento ou do comportamento e o objetivo principal dos profissionais era atenuar essas mesmas dificuldades, que resultavam das influências ambientais e/ou biológicas. A intervenção era baseada em hipóteses médicas, sociais, terapêuticas e educativas, os técnicos eram considerados peritos e decidiam a intervenção a realizar com a criança, sem qualquer participação da família (Dionísio, 2009; Dunst, Johansson, Trivette, & Hamby, 1991; Gronita et al., 2011). Contudo, as investigações evidenciam que a intervenção centrada na criança, em que o apoio é efetuado pelo profissional uma ou duas vezes por semana, tem pouco efeito no seu desenvolvimento (R. A. McWilliam, 2003).

Os EUA têm-se destacado na área da IPI e das práticas centradas na família, sendo que, desde os meados da década de setenta do séc. XX, começou a existir um

afastamento da intervenção centrada na criança, e a família começou a ganhar um maior relevo, na medida em que os profissionais se sensibilizaram para a necessidade de começar a responsabilizar mais a família em todo o processo de intervenção para que se verificassem mudanças positivas (Almeida, 2009; Figueiredo, 2008; Serrano & Correia, 2000).

A aprovação da Lei Pública (LP) 99-142 - *The Education for All Handicapped Children Act*, em 1975, nos EUA, que valorizou o envolvimento da família e exigiu que esta, juntamente com os técnicos, colaborasse na elaboração do Plano Educativo Individual (PEI) constitui o marco que conduziu à mudança (Gallagher & Tramill, 2000). Contudo, e apesar de os pais passarem a ter um papel colaborante na intervenção, ainda eram percecionados como uma extensão dos técnicos, tendo como principal função desenvolver as atividades educativas em casa com os seus filhos (Almeida, 2009). As necessidades das crianças eram, então, avaliadas com base no parecer dos técnicos e não na opinião e necessidades dos pais.

Em 1986, ainda nos EUA, com a publicação da LP 99-457, verificou-se uma forte alteração na filosofia da IPI. Os profissionais desta área começam a envolver a família, a descentralizar-se das necessidades exclusivas da criança e a centrar-se nas necessidades da família. A família passa, então, a ser olhada como um todo sistémico, valorizando-se as trocas interativas entre a criança e os pais, e passa a representar um papel ativo em toda a intervenção. A relação estabelecida com a família é diferenciada e individualizada, decorrente da tendência de individualização dos Programas de Intervenção Precoce dos anos 80 (Breia, Almeida, & Colôa, 2004). Assim, surgiu a necessidade, para operacionalizar o envolvimento da família, de criar um documento que permitisse a elaboração e aplicação do Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) para todas as crianças alvo de IPI. As crianças, dos três aos cinco anos, concomitantemente, continuaram a ter como documento orientador da intervenção o PEI (Almeida, 2009; Figueiredo, 2008; Gallagher & Tramill, 2000; Harbin, McWilliam, & Gallager, 2000; Meisels & Shonkoff, 2000; P. J. McWilliam, 2003b; Pimentel, 2005), quando se encontravam integradas no ensino pré-escolar e eram alvo de educação especial.

Ainda nos anos 80 do século XX, Dunst, Trivette e Deal (1988, 1994, citados por Almeida, 2009) contribuíram para a IPI com os conceitos de *enabling* (capacitação) e *empowerment* (corresponsabilização), provenientes da área da intervenção social de apoio às famílias, e que se tornaram paradigmas da intervenção centrada na família. O

objetivo fundamental da IPI deve ser, segundo esta perspectiva, apoiar a família, capacitando-a e corresponsabilizando-a, fazendo com que aumente e promova as suas capacidades, quer individuais, quer familiares, com o fim de reforçar o seu funcionamento, ao adquirir um sentimento de controlo e competência em relação a este último.

A investigação realizada por Trivette, Dunst e Hamby (1995, citados por Dunst, 2000) vem demonstrar que os programas centrados na família, e na corresponsabilização, são aqueles que a família sente que são mais eficazes. Para Dunst (2000), o modelo derivado da capacitação e corresponsabilização da família, assenta em três pilares fundamentais: (a) as famílias têm competências e capacidades para serem competentes; (b) se essas competências não existem é devido ao sistema em que estão inseridas, que não proporciona oportunidades para que isso aconteça; e, por fim, (c) as famílias devem sentir que as suas ações irão fazer com que haja mudanças, o que irá fazer com que se sintam mais capazes de controlar a sua vida.

McBride, Brotherson, Joanning, Wihddom e Demmitt (1993) nomeiam como componente básico das práticas centradas na família, o facto de todos os elementos da família serem alvo da intervenção, tendo por base as suas necessidades e as dos seus filhos. As preocupações e as forças da família devem ser levadas em conta em toda a intervenção, respeitando e valorizando as suas decisões, de modo a criar, com os técnicos, uma intervenção de parceria e de verdadeira articulação (Klassen et al., 2008, citados por Ingber & Dromi, 2010).

Sistematizando, nas últimas décadas tem-se assistido a uma mudança de perspectiva acerca do foco de intervenção das práticas da IPI. Como referem Dunst e colaboradores (1991) e McBride et al. (1993), pode-se diferenciar quatro tipos de programas: (a) os programas centrados nos profissionais; (b) os programas aliados à família; (c) os programas focados na família; e, por último, (d) os programas centrados na família.

No que diz respeito aos programas centrados nos profissionais, uma perspectiva adaptada do modelo médico, a família é vista como não tendo capacidades para resolver os seus problemas, só o conseguindo fazer com a ajuda do técnico. O profissional é considerado o especialista que define as necessidades da família, os objetivos e as estratégias de intervenção, providenciando-lhe os serviços que são necessários (Dunst et al., 1991; McBride et al., 1993).

Nos programas aliados à família, é responsabilidade da família colocar em prática a intervenção que o técnico considera importante para promover o desenvolvimento da

criança (Dunst et al., 1991; McBride et al., 1993). Por outro lado, os programas focados na família caracterizam-se por dirigir os objetivos e os serviços às necessidades da família. Contudo, são os técnicos que definem com a família os objetivos prioritários da intervenção, focando apenas as necessidades da família que se relacionam diretamente com o desenvolvimento da criança (Dunst et al., 1991; McBride et al., 1993).

Nos programas centrados na família, os profissionais são considerados instrumentos da família. A intervenção vai ao encontro das necessidades da família e é esta que define quais os objetivos que quer atingir, ficando estes escritos no PIAF, com o seu consentimento. O técnico tem como papel facilitar o acesso aos serviços e aos recursos formais e informais de que a família necessita, bem como fortalecer as suas capacidades e competências (Dunst et al., 1991; McBride et al., 1993). O profissional deixa de ter uma intervenção direta com a criança e começa a realizar uma intervenção indireta, tendo como parceiros a família e os educadores, e adotando o papel de agente facilitador (Buysse & Weasley, 2005). Para R. A. McWilliam, Toci e Harbin (1998), as principais dimensões de uma abordagem centrada na família são: (a) a resposta às necessidades da mesma; (b) o fortalecimento dos elementos que fazem parte desta; (c) a utilização de uma abordagem holística; e (d) a sensibilidade para com as famílias.

Apesar das investigações mostrarem que têm havido mudanças ao nível das políticas e das práticas subjacentes à IPI, indo estas cada vez mais ao encontro das práticas recomendadas, no que diz respeito ao documento que operacionalizou o envolvimento da família, o PIAF, têm havido alterações pouco significativas (R. A. McWilliam et al., 1998). Nos EUA, o PIAF tem que ser preenchido no prazo de quarenta e cinco dias, após consentimento dos pais para a intervenção precoce (Woods & Lindeman, 2008). O PIAF surge na legislação americana pela LP 99-457, retificada em 1990, IDEA, parte H (atualmente C). Em Portugal, este documento surgiu com o Despacho Conjunto n.º 891/99 de 19 de outubro, denominando-se Plano Individualizado de Intervenção (PII); com o Decreto-Lei n.º 281/2009 passou a designar-se por Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), não havendo prazo específico, nem concreto para o seu preenchimento, definido pela legislação.

Segundo Bruder (2000, citado por Almeida, 2009), o PIAF: (a) é centrado na família; (b) os objetivos não são delineados apenas para a criança, mas sim para toda a família; (c) é promotor de uma intervenção nos contextos naturais e nas rotinas da criança; (d) contempla, num único documento as várias formas de prestação de serviços à criança e à família (e.g., terapias específicas); (e) pressupõe a existência de um

responsável de caso que vai apoiar a família no desenvolvimento, implementação e avaliação do PIAF.

R. A. McWilliam et al. (1998) referem que o PIAF deve refletir o que a família necessita e pretende, devendo recorrer a uma linguagem acessível para a família. Deve contemplar: (a) o nível de desenvolvimento da criança, nas áreas física, cognitiva, de linguagem, psicossocial e de autonomia; (b) os recursos, as prioridades e as necessidades da família, mais especificamente relacionados com os aspetos do desenvolvimento da criança; (c) as principais metas/objetivos ou resultados esperados em relação à criança e à família, bem como os critérios objetivos e os prazos para avaliação; (d) os serviços específicos, os recursos disponíveis que são necessários para responder às necessidades da criança e da família, tendo em atenção a sua intensidade/frequência; (e) os contextos naturais onde serão prestados os apoios, estando explícita a data do início dos serviços e a data da sua possível revisão.

O responsável de caso é identificado no PIAF e tem a responsabilidade de implementar o plano e coordená-lo com outros serviços, procurando assegurar o sucesso da transição da criança para outros serviços. Este documento constitui a componente-chave para uma intervenção eficaz. Sendo um documento centrado na família, pretende-se que seja flexível e dinâmico, no qual os objetivos devem ser funcionais, incluindo as estratégias a ser desenvolvidas de modo a criar oportunidade de aprendizagem para a criança, partindo das suas rotinas. A avaliação do PIAF permite constatar até que ponto este reflete as práticas centradas na família (Almeida, 2009) e esta abordagem tem vindo a ser utilizada na investigação empírica (e.g., Campelo & Nunes, 2008).

Os profissionais optam por diferentes métodos de recolha de informação para a construção do PIAF (Woods & Lindeman, 2008). Muitos profissionais continuam a utilizar questionários sobre as necessidades (Sexton, Snyder, Rheams, Barron-Sharp, & Perez, 1991, citados por R. A. McWilliam, Casey, & Sims, 2009), ou fazem simplesmente o levantamento das preocupações, prioridades e recursos da família de forma informal (R. A. McWilliam et al., 2009). Independentemente do método que é utilizado para recolher informação, o mais importante é que seja construído com base na visão da família, e que os objetivos formulados sejam funcionais.

De acordo com Rutland (2007), o PIAF deve ser revisto, pelo menos, semestralmente, a fim de efetuar as alterações necessárias, e avaliar os progressos que foram obtidos. A revisão do PIAF é feita com a família e com o responsável de caso,

cabendo a este último explicar à família o seu conteúdo. A família tem que assinar a concordância com o plano, tendo o direito de escolher aceitar ou recusar os serviços.

Campelo e Nunes analisaram, em 2008, as práticas centradas na família através da análise do PIAF de 54 famílias que estavam a ser apoiadas por 15 equipas de IPI de Coimbra. Esta investigação revelou que os PIAF apresentavam uma qualidade moderada, havendo algumas lacunas nos documentos, tais como a ausência das assinaturas de todos os elementos envolvidos e o consentimento escrito por parte dos pais para a entrega de cópias a outros serviços. Do que foi possível concluir do estudo de Campelo e Nunes (2008), os profissionais necessitam de formação relacionada com a formulação de objetivos e com métodos e procedimentos específicos do PIAF.

No PEI também é importante que sejam formulados objetivos que permitam uma intervenção promotora de um melhor desenvolvimento da criança (Boavida, Aguiar, McWilliam, & Pimentel, 2010). Os objetivos de qualidade são importantes para que: (a) os cuidadores principais e os profissionais saibam o quê, quando e onde ensinar; (b) haja uma monitorização da evolução da criança; e (c) que seja elaborado um relatório de avaliação sobre os efeitos da intervenção. Assim, os objetivos de elevada qualidade: (a) são apropriados aos contextos e rotinas naturais da família e da criança, (b) são necessários e úteis para a criança, e (c) têm critérios de tempo para que se consiga alcançar os objetivos (Jung & McWilliam, 2005; R. A. McWilliam, 2010b). Contudo, Boavida et al. (2010) verificaram que os objetivos de PEI de crianças incluídas em salas de educação pré-escolar da rede pública do distrito de Lisboa, não eram funcionais nem mensuráveis. Os resultados da investigação suscitaram algumas preocupações relativamente à eficácia das intervenções. Neste sentido, os autores sugerem que há necessidade de orientações mais claras sobre o desenvolvimento do PEI, bem como necessidade de formação para os profissionais. Também num estudo longitudinal, efetuado com crianças que tinham sido acompanhadas em IPI, verificou-se que a maior parte dos objetivos definidos no PIAF tinham características que não iriam aumentar a interação das crianças com os adultos ou com os objetos, apresentando necessidade de uma maior clareza na sua elaboração (Salisbury, Woods, & Copeland, 2010).

Decorrente do que anteriormente foi dito, podemos afirmar que o PIAF não pode ser encarado, apenas, como um papel escrito com conteúdos tecnicamente bem escritos, e/ou teoricamente corretos, mas sim como um processo que tem como objetivo guiar os serviços e os apoios de cada família. Tendo o seu início na identificação de prioridades e preocupações relativas ao desenvolvimento da criança, o PIAF deve refletir as

estratégias a usar no seio das rotinas da criança para atingir resultados mensuráveis num determinado espaço de tempo (Rutland, 2007). As práticas recomendadas, na perspectiva de Sandall et al. (2005), referem que os melhores resultados são provenientes das prioridades e das preocupações definidas pela família.

O PIAF é considerado pela maioria dos autores como a pedra fundamental da intervenção centrada na família (Almeida, 2009). A intervenção centrada na família deve ser um conjunto de serviços que se baseia num conjunto de valores, atitudes e comportamentos, onde os profissionais têm em conta que cada família é única, tendo preocupações, forças e recursos únicos e conhecendo de uma forma privilegiada as capacidades e as necessidades do seu filho (Moore & Larkin, 2005). Neste sentido, os profissionais devem olhar para a família como a especialista em relação ao seu filho (Dunst & Bruder, 2002; Law et al., 2003).

2.1.2. A família como unidade de intervenção e o papel do profissional

Não existe uma definição única de práticas centradas na família (Moore & Larkin, 2005), mas mais importante que uma definição são os princípios que lhe estão subjacentes e, conseqüentemente, a prática (King, Law King, & Evans, 1998, citados por Moore & Larkin, 2005). As investigações têm demonstrado que só através desta intervenção se consegue atingir os resultados desejáveis para a família e, conseqüentemente, para a criança (Dempsey & Keen, 2008).

Para alguns autores, os princípios-chave da perspectiva centrada na família consistem em encarar a família como a unidade de intervenção. Cabe ao profissional/técnico capacitar e corresponsabilizar a família, respondendo às suas necessidades e preocupações, proporcionando-lhe a informação necessária, não esquecendo a sua cultura, os seus valores e singularidades, reconhecendo os pontos fortes da criança e do seu meio, e intervir de forma adaptada e individualizada em cada família (Almeida, 2009; Carpenter, 2007; Harbin et al., 2000; McBride et al., 1993; Moore & Larkin, 2005; Pimentel, 2005; Woods & Lindeman, 2008). Neste sentido, o profissional deve diminuir o stress familiar que possa existir, promovendo o bom relacionamento familiar, não sendo a intervenção causadora de qualquer impacto negativo no funcionamento da família (Figueiredo, 2008; P. J. McWilliam, 2003b; Pimentel, 2005; Turnbull, Turbiville, & Turnbull, 2000).

O modelo bioecológico de Bronfenbrenner (1995, 2005), de que já falamos anteriormente, foi crucial para situar a criança no contexto da família, e esta no contexto mais alargado da comunidade, onde todas as interações irão influenciar o desenvolvimento da criança e o contexto familiar onde esta está inserida (Almeida, 2009; Bailey & McWilliam, 1993, citados por Almeida, 2009; Sameroff & Fiese, 2000). Assim, na intervenção centrada na família, o técnico tem como dever encarar a família como unidade de intervenção, constituída por pontos fortes e capacidades, e estar consciente que é esta que mais influência exerce sobre o desenvolvimento da sua criança (Bruder, 2000, citado por Woods & Linderman, 2008; Dunst, Trivette, & LaPointe, 1994, citados por Gronita et al., 2011). É de referir que o profissional não pode esquecer as necessidades que estão relacionadas com a criança, porque segundo Dunst, Trivette, Humphries, Raab, e Roper (2001) esta, por vezes, fica esquecida na intervenção centrada na família.

Para Dunst e Bruder (2002), o papel do profissional é ajudar a família a identificar as suas necessidades e a utilizar as suas capacidades para que possa, por si só, mobilizar os seus recursos e suportes formais e informais. É importante salientar que o profissional deve procurar ter uma postura ativa e estabelecer uma comunicação aberta, clara e positiva, que tenha como base a confiança e a confidencialidade, o respeito, o compromisso e a igualdade (Almeida, 2009; Blue-bannig, Summers, Frankland, Nelson, & Beegle, 2004; Figueiredo, 2008; McBride, 1999; P. J. McWilliam, 2003a).

Na intervenção centrada na família, a forma como todo o processo é conduzido é tão crucial como a interação que é efetuada (Carpenter, 2007). Turnbull et al. (2007) enfatizam a importância tanto do *como*, ou seja, a forma como o profissional conduz o processo das práticas centradas na família, como do *quê*, ou seja, o tipo específico de serviços e recursos providenciados no decorrer desse processo. Partindo da premissa que a IPI tem implementado práticas centradas na família focando-se, essencialmente, em *como* as famílias e os profissionais devem interagir, e deixando de lado o tipo de suportes e serviços que devem ser proporcionados às famílias, estes autores concluíram que, apesar da filosofia subjacente enfatizar as práticas centradas na família, verifica-se, ainda, que as práticas privilegiam como destinatários da intervenção, primeiramente as crianças, sendo que as famílias são beneficiários secundários. Este estudo é inovador, visto que a literatura indica que a investigação sobre as práticas de intervenção centradas na família, tem estado focada, essencialmente, em estudar *como* os profissionais devem interagir com as famílias. No que diz respeito ao processo de

prestação de serviços, a investigação tem sido insuficiente para conhecer o que é oferecido às famílias, em termos de apoios e de resultados (Carpenter, 2007).

A literatura refere também que uma intervenção centrada na família deve envolver a família em todo o processo, procurar fortalecer as suas competências e ter por base a partilha de responsabilidade e a colaboração entre todos (Pimentel, 2005; P. J. McWilliam, Winton, & Crais, 2003). No entanto, colocar em prática intervenções centradas na família não é uma tarefa fácil (Bailey et al., 2006). Segundo Turnbull e colaboradores (2007), as dificuldades de implementação advêm do facto de as famílias direcionarem os serviços para as necessidades dos filhos. Algumas famílias consideram que a satisfação das suas necessidades não irá influenciar o desenvolvimento da criança, nem o seu bem-estar.

McBride e colaboradores (1993) desenvolveram um estudo destinado a analisar as perceções de pais e profissionais acerca das práticas centradas na família em IPI. Participaram no estudo 14 profissionais e 15 famílias do Iowa. Os autores utilizaram como instrumento de recolha de dados uma entrevista semiestruturada, no início e no fim do programa, e concluíram que o foco de intervenção era centrado na criança. Contudo, as famílias sentiram que as suas necessidades e preocupações eram acolhidas pelos profissionais.

R. A. McWilliam, Snyder, Harbin, Porter e Munn (2000) efetuaram um estudo com o objetivo de avaliar se as práticas eram ou não centradas na família. Este estudo tinha por base as perceções dos profissionais e das famílias e revelou que os profissionais consideravam que as suas práticas eram centradas na família, ao contrário das últimas, que as consideravam centradas na criança. R. A. McWilliam et al. (2000) concluíram que os profissionais de intervenção precoce que estão há mais tempo nos serviços apresentam melhores resultados, no que diz respeito às práticas centradas na família. A investigação de Pereira e Serrano (2009) também revelou que a variável tempo influencia as práticas, isto é, os profissionais com mais de 10 anos de experiência em intervenção precoce apresentavam melhores resultados, em comparação com os profissionais que têm menos anos de serviço.

O estudo efetuado por McLean, Snyder, Smith e Sandall (2002), que procurou analisar quais as práticas que os técnicos, pais e coordenadores consideravam fundamentais, demonstrou a importância da prática centrada na família. Por outro lado, no estudo realizado por Zhang e Bennet (2001, citado por Almeida, 2009), as famílias valorizaram o facto de a intervenção ser efetuada em domicílio. Neste estudo, a

intervenção no domicílio apresentava índices mais elevados de práticas centradas na família, do que a intervenção que era efetuada noutros locais. No entanto, intervir no domicílio não é sinónimo de prática centrada na família, visto que existem muitos profissionais que continuam a intervir, neste contexto, tendo por base os modelos tradicionais. Desta forma, mais do que intervir diretamente com a criança, o técnico deve procurar ajudar a família a implementar as estratégias de intervenção que melhor respondam às necessidades da criança e da família, dado que a investigação revela que, quando a intervenção é efetuada pela família, é mais eficaz (R. A. McWilliam, 2003). Os programas com mais sucesso são aqueles em que a família faz parte integrante da equipa (P. J. McWilliam et al., 2003).

Apesar do modelo centrado na família ser defendido pela maior parte dos profissionais, estes ainda não o conseguiram integrar plenamente nas suas práticas (Almeida, 2009). Bailey (1994, citado por Almeida, 2009) refere que (a) ainda existe uma grande discrepância entre as práticas ideais relatadas por profissionais de intervenção precoce e as suas práticas reais, (b) a intervenção vai mais ao encontro das necessidades das crianças do que das famílias e (c) o planeamento da intervenção e a tomada de decisões são efetuadas pelos profissionais, embora a família faça algumas sugestões. No que diz respeito ao trabalho em parceria com as famílias, os técnicos referem, por um lado, que algumas famílias não têm competências para assumir esse papel e, por outro lado, também não têm interesse em fazê-lo (Bailey, 1994, citado por Almeida, 2009). Para alguns técnicos e famílias, não tem sido fácil a adequação a este modelo, uma vez que não houve uma preparação ao nível da intervenção na família, mas sim uma preparação para trabalhar com as crianças (Almeida, 2009) e, por outro lado, as famílias sempre se habituaram a um papel de dependência perante os serviços (Turnbull et al., 2000).

Na já referida investigação efetuada por Zhang e Bennet (2001, citados por Almeida, 2009) surgiram três fatores que influenciavam a qualidade do serviço: (a) a relação entre a família e o profissional; (b) o tempo que é utilizado em cada intervenção e (c) o número de casos por profissional. Assim, para que o serviço seja de qualidade, é necessário haver uma relação entre o profissional e a família, e para que essa relação se construa é necessário tempo, sendo, por isso, imprescindível a adequação aos horários, às rotinas e à disponibilidade da família. Porém, um fator que pode colocar em causa a qualidade do serviço está relacionada com o número de casos que cada profissional acompanha e, nesta investigação, constatou-se que os profissionais com 20 ou mais

casos tinham resultados mais baixos na implementação da intervenção centrada na família. Segundo Buysse e Wesley (2005), os profissionais que prestam semanalmente apoios itinerantes a 15 ou 20 crianças com incapacidades e atrasos do desenvolvimento, e às suas famílias, por vezes, sentem-se frustrados e preocupados com as suas práticas.

Alguns autores referem a falta de formação dos profissionais como um dos fatores que mais influência exerce na aplicação das práticas centradas na família. Segundo Coleman (1999, citado por Jivanjee, Friesen, Kruzich, Robinson, & Pullmann, 2002), se os profissionais tiverem um treino especializado em práticas centradas na família, poderão promover um maior envolvimento por parte das famílias. Por sua vez, Sanchirico e Jablonka (2000, citados por Jivanjee et al., 2002) e Warfield e Hauser-Cram (2005, citados por Mendes, 2010) consideram que é muito importante avaliar as perceções dos profissionais relativamente aos programas, para se perceber não só quais as práticas utilizadas, mas simultaneamente para sensibilizar os profissionais para as práticas ideais.

A intervenção centrada na família implica um processo de mudança por parte dos profissionais, quer na forma como é prestado o serviço, quer na forma como estes encaram o seu papel, aceitando deixarem de ser os peritos para passarem a estar ao mesmo nível da família. Os profissionais têm como papel serem agentes facilitadores, prestando apenas o apoio necessário para que a família resolva os seus problemas, não substituindo a família no seu papel (Dunt et al., 1988, 1994, citados por Almeida, 2009). Esta prática está inserida numa compreensão bioecológica do desenvolvimento humano, que valoriza os diferentes agentes e os contextos ecológicos dos quais a criança faz parte (Almeida, 2009). A literatura refere que a intervenção é mais eficaz quando é implementada nos contextos naturais da criança (Moore & Lakin, 2005). A intervenção centrada nos contextos naturais, pode ser, então, entendida como uma extensão das práticas centradas na família (Hanft & Pilkington, 2000) e é dela que falaremos de seguida.

2.2. Intervenção centrada nos contextos naturais

Intervir com crianças no seu ambiente natural é um dos principais pilares da IPI. O conceito de ambientes naturais foi definido em 1991, pela primeira vez na legislação americana (LP 102-119, *Individuals with Disabilities Educational Act* - IDEA) e tem causado algumas controvérsias na sua definição (Bricker, 2001; Hanft & Pilkington,

2000; NC Department of Health and Human Services, 2002; Woods & Kashinath, 2007).

De acordo com Hanft e Pilkington (2000), o conceito de ambientes naturais diz respeito à localização, às atividades, aos tipos de aprendizagem e ao tipo de envolvimento profissional. No que diz respeito ao local onde a intervenção ocorre, normalmente considera-se um contexto natural qualquer local onde as crianças sem incapacidades participem (Bricker, 2001). Este, na maioria das vezes, inclui a casa e a creche, ou jardim de infância, e também inclui locais da comunidade, como o parque infantil, os restaurantes e os locais de comércio (Hanft & Pilkington, 2000; R. A. McWilliam et al., 2007; Woods & Kashinath, 2007).

As atividades de vida diária, nas quais as crianças e as famílias participam, são uma das dimensões dos ambientes naturais, uma vez que ao longo do dia, as crianças encontram um vasto número de diferentes atividades e, em cada atividade, uma grande variedade de oportunidades de aprendizagem (Dunst, Bruder, Trivette, Raab, & McLean, 2001, citados por R. A. McWilliam et al., 2007). De acordo com Bricker (2001), o termo ambiente natural apela à inclusão. Intervir em ambientes integrados, e nas rotinas e atividades diárias da família e da criança, tornou-se na melhor prática no campo da IPI.

Uma revisão de literatura efetuada por Childress (2004) revela que a intervenção é mais eficaz quando é prestada nos contextos naturais da criança e quando os profissionais utilizam uma prática centrada na família. É no ambiente natural da criança que a família pode ser, e é, o agente de mudança, pertencendo aos profissionais o papel de consultores e colaboradores (Shelden & Rush, 2001). Contudo, existe relutância por parte de muitos profissionais de IPI, em implementar a intervenção nos ambientes naturais (Campbell & Halbert, 2002) e, esta relutância, parece estar mais relacionada com aquilo em que o profissional acredita do que com a formação académica recebida sobre as práticas a adotar (Campbell & Sawyer, 2009).

Dunst, Trivette, Humphries, Raab e Roper (2001) propõem um quadro conceptual para definir a prática em ambientes naturais, considerando uma organização tridimensional para examinar aspetos relacionados com o cenário, com as atividades e com o envolvimento do cuidador.

Os autores conceptualizaram a primeira dimensão, o cenário, como contextual ou não contextual. Os cenários contextuais envolvem as experiências diárias que permitem à criança participar em interações com os outros e com os objetos que visam promover

comportamentos social e culturalmente significativos. O cenário não contextual envolve oportunidades de aprendizagem que apresentam uma aparente falta de conexão entre a função e o significado dos comportamentos alvo durante a intervenção. Dunst et al. (2001) referem o seguinte exemplo: uma oportunidade de aprendizagem num cenário não contextual pode consistir em pedir a uma criança para nomear através de imagens o nome das comidas que lhe são apresentadas, em vez de pedir à criança para utilizar as palavras para pedir os alimentos durante as refeições, o que corresponderia a um cenário contextual. Os autores consideram que promover oportunidades de aprendizagem nas rotinas e atividades diárias, direcionando a estimulação para os ambientes naturais, torna a aprendizagem mais funcional, socialmente mais significativa e adaptativa.

Relativamente à atividade, podemos considerar oportunidades de aprendizagem direcionadas pelo adulto ou iniciadas pela criança. A aprendizagem iniciada pelo adulto ocorre quando as atividades são estruturadas por um adulto de forma a orientar a criança no sentido de alcançar um determinado resultado. Os adultos implementam estratégias de intervenção concebidas de forma a alcançar objetivos e metas específicos que são identificados para a criança. Já as atividades iniciadas pela criança, ao serem escolhidas por si, serão necessariamente do seu agrado. Seguir os interesses da criança durante as atividades ajuda os pais e os profissionais, envolve a criança e promove resultados positivos (Dunst et al., 2001).

No que concerne à terceira dimensão, Dunst et al. (2001) identificam o profissional como presente ou como ausente, quanto à implementação de oportunidades de aprendizagem. As intervenções tradicionais, em que o profissional está presente nos apoios, já deram provas de serem ineficazes (Dunst, 2006; R. A. McWilliam, 2003). Nestas, as oportunidades de aprendizagem ocorrem frequentemente na presença dos profissionais, tomando estes o papel de agentes principais. Contudo, é nas intervenções que decorrem na ausência do profissional, em que se incentivam os principais cuidadores da criança a promover competências na criança, através de oportunidades de aprendizagem diárias, que se verificam melhores resultados.

Campbell e Sawyer (2004) sugerem que as práticas ideais envolvem intervenções em que o profissional utiliza as atividades que ocorrem de forma natural e espontânea, com materiais que apoiam a interação entre o cuidador e a criança, em contraste com intervenções que decorrem no ambiente natural da criança, mas no decurso das quais as oportunidades de aprendizagem não são espontâneas, mas antes induzidas pelo profissional, que interage diretamente com a criança em atividades e materiais

concebidos para alcançar determinado resultado, sem a participação dos cuidadores. Referem ainda que as oportunidades naturais de aprendizagem se criam quando o profissional se coloca como mediador, reforçando as ações e competências dos pais, ensinando ou modelando estratégias de intervenção. Mais importante ainda, é o profissional conseguir promover o conhecimento nos pais e capacitá-los para que estes usem essa informação de forma independente e autónoma.

Num estudo realizado por Dunst, Bruder, Trivette e Hamby (2006), com o objetivo de perceber os resultados obtidos com formas distintas de conceptualizar as práticas de IPI nos ambientes naturais, concluiu-se que a utilização pelo profissional das atividades diárias da criança como oportunidade de aprendizagem associa-se a resultados positivos no desenvolvimento desta. Pelo contrário, as práticas implementadas através de aprendizagens não naturais, mostraram resultados pouco ou nada significativos, e, nalguns casos, tiveram mesmo consequências negativas.

Relativamente às práticas em ambientes naturais, Dunst et al. (2001) sugerem ainda que intervenções orientadas pelo adulto, e com estratégias pré-concebidas, são a prática mais comum em IPI, e que será importante refletir sobre o facto de que intervir em ambientes naturais, não significa que se estejam a criar oportunidades de aprendizagem naturais. Se estas não tiverem significado para a criança ou para a família, não terão resultado. Paralelamente, as práticas orientadas pelo profissional, sem promover a participação dos pais, acabam por resultar numa intervenção de frequência reduzida, com falta de *follow-up* dirigido aos pais e, conseqüente, diminuição da eficácia da intervenção.

As práticas em ambientes naturais requerem uma abordagem criativa, capaz de seguir os interesses da criança, criando metas e objetivos, usando os acontecimentos naturais, as rotinas diárias, as atividades da criança e da família. Neste tipo de prática, também é importante o papel das relações e da participação ativa dos pais, pelo que o profissional deve usar uma comunicação eficaz e planear com os pais as estratégias que permitem potenciar a colaboração. O ambiente natural da criança envolve mais do que o cenário físico e do que a manipulação desse mesmo cenário (Dunst et al., 2001). Os profissionais deverão identificar as forças naturais e os recursos de aprendizagem na vida diária de uma criança para utilizar as oportunidades existentes para realizar a intervenção.

De acordo com o IDEA (1991, 1997, citado por Chai, Zhang, & Bisberg, 2006), os três componentes que constituem a intervenção em ambientes naturais são estratégia

naturalista, ambiente natural e interação pais e criança nas rotinas e atividades da família. Estes três componentes constituem pontos-chave das práticas em IPI. Quando planejam a intervenção, os profissionais precisam de trabalhar com a família para identificar os cenários naturais, entender e planejar diferentes tipos de interações entre a criança e os cuidadores, nas rotinas, contemplando estratégias naturalistas e integrando-as nas atividades. Unir estes três elementos envolve a capacidade de reconhecer as oportunidades naturais de aprendizagem e ultrapassar obstáculos através da criatividade e flexibilidade. O desafio proposto aos profissionais é o de repensarem as atividades implementadas com as crianças, os cenários onde as intervenções ocorrem e o nível de participação dos pais.

Um estudo realizado por Shelley-Sireci e Racicot (2000), no qual se pretendeu avaliar os contextos onde ocorrem as intervenções e o que os profissionais pensam acerca das intervenções em ambientes naturais, revelou que os profissionais atuam maioritariamente em ambientes naturais e demonstram agrado pela intervenção nesses contextos, considerando ainda que os ambientes naturais otimizam a intervenção. Indo ao encontro de estudos anteriormente realizados (Noonan & McCormick, 1993, citados por Shelley-Sireci & Racicot, 2000), estes autores apresentam resultados que revelam que o cenário mais comum de intervenção é o domicílio da criança. Este estudo revelou, ainda, que os profissionais são muito criativos ao intervir em ambientes naturais que não sejam o domicílio das crianças, intervindo em restaurantes, consultas médicas, casas-abrigo e, até, em autocarros. Contudo, os mesmos profissionais consideram ser difícil encontrar ambientes naturais além do domicílio onde seja possível intervir de forma eficaz. O estudo revelou ainda que os profissionais acreditam que os pais ou outros cuidadores entendem os procedimentos e as estratégias usadas nos ambientes naturais, e que apresentam mais envolvimento do que os pais/cuidadores cujas crianças beneficiam do serviço nas instalações da equipa.

Dunst e Bruder (1999) concluíram que os ambientes naturais podem fornecer experiências de aprendizagem ricas para todas as crianças e que os serviços deverão alterar a sua abordagem de intervenção para os contextos naturais, de forma a servir melhor as crianças com problemas de desenvolvimento e as suas famílias. Vários estudos revelam, ainda, que a intervenção em ambientes naturais, nomeadamente no domicílio, promove resultados mais eficazes e é preferida pelos pais comparativamente com a intervenção em contexto clínico (Laski, Charlop, & Schreibman, 1998; Kaiser,

Hancock, & Nietfield, 2000; citados por Wetherby & Woods, 2006; Woods & Kashinath, 2007).

A literatura atual tem caminhado no sentido de providenciar a intervenção nos ambientes naturais. As práticas terapêuticas mudaram ao longo dos últimos 10 anos e os profissionais têm procurado converter os seus modelos clínicos de intervenção, para um modelo cuja prática viabiliza a função do ambiente natural da criança (Shelden & Rush, 2001). Os cenários clínicos com equipamentos terapêuticos, salas privadas que inibem a distratibilidade, com profissionais especializados em determinadas terapêuticas, têm dado lugar a intervenções naturalistas que promovem as oportunidades de aprendizagem no ambiente natural, com os cuidadores e os objetos usuais presentes na vida da criança. Estes ambientes incluem as distrações inerentes, e outras circunstâncias que não estão presentes nos cenários clínicos; no entanto, cabe aos profissionais compreender este ambiente, que é o da criança, e intervir em função das suas necessidades e da família, com estratégias planeadas para o mundo real, para o ambiente no qual a vida da criança ocorre, conhecendo e intervindo nas suas rotinas diárias.

2.3. Intervenção baseada nas rotinas

As práticas de intervenção baseadas nas rotinas são fulcrais para o modelo centrado na família e para as práticas nos contextos naturais de vida, uma vez que têm por base as atividades diárias da família e da criança, que ocorrem nos seus espaços naturais (Bernheimer & Keogh, 1995; Dunst, 2006; Dunst, Hamby, Trivette, Raab, & Bruder, 2002, citados por Almeida et al., 2011). As rotinas são definidas como acontecimentos funcionais, que ocorrem no dia a dia e que têm um carácter regular e previsível, que podem proporcionar às crianças situações de aprendizagem (Woods-Cripe, 1999, citado por Almeida, 2009). Ou seja, não é através de uma intervenção semanal ou bissemanal, num ambiente clínico ou fora das suas rotinas, que as crianças irão aprender. Estas só aprendem com situações repetidas que fazem parte das suas interações diárias (Hanft & Pilkington, 2000; R. A. McWilliam, 2003).

Por vezes, as famílias estão satisfeitas com rotinas que podem parecer “disfuncionais” e “caóticas” para o profissional, mas este tem que respeitar o modo como estas gerem o seu dia a dia (R. A. McWilliam et al., 2009). Ao fazer o levantamento das rotinas junto dos cuidadores principais, é crucial que estes compreendam que as rotinas que aparentemente são normais, como o vestir, a

alimentação, a hora do dormir, entre outras, podem ser promotoras do desenvolvimento da criança (Almeida et al., 2011; Woods, 2008, citado por Woods & Lindeman, 2008).

Para que haja uma intervenção baseada nas rotinas é necessário que os técnicos repensem as suas práticas, assumindo um papel de agente de mudança (Dionísio, 2009). Segundo R. A. McWilliam e Scott (2001), o profissional deve fornecer às famílias apoio emocional e material, bem como informação, e deve ter um impacto positivo na competência e na confiança da família. Logo nos primeiros contactos estes três tipos de apoios deverão estar presentes.

Para que estas práticas sejam aplicadas, é fundamental que haja colaboração entre os profissionais e a família. É função do profissional apoiar a família, para que seja esta a proporcionar aos seus filhos experiências enriquecedoras, inseridas nas atividades do seu dia a dia, e do seu interesse (Almeida, 2009). Estas oportunidades tanto ocorrem na creche, no jardim de infância, como em casa (R. A. McWilliam, 2007, citado por Almeida et al., 2011).

Para que as crianças aprendam deve-se aproveitar a brincadeira e procurar promover competências nas atividades que ocorrem natural e regularmente, em especial quando a criança e a família se sentirem motivadas (Widerstrom, 2004, citado por Almeida et al., 2011; Woods-Cripe, 1999, citado por Almeida et al., 2011). Como as rotinas pressupõem repetição, isto é, são continuadas no tempo, constituem os momentos mais importantes para que as crianças aprendam e assimilem essa aprendizagem. Mais uma vez, reforça-se a ideia de intervir de acordo com o interesse da família e da criança, promovendo interações positivas no decurso de atividades funcionais, flexíveis, adaptáveis, breves e previsíveis, para que os resultados possam ser positivos.

Outro fator importante a ter em conta é o envolvimento que a criança tem com o seu meio ambiente, com os adultos, pares ou materiais, pois quanto maior for o envolvimento, melhores serão as aquisições efetuadas (Bricker & Cripe, 1992; Goldstein, 2003; Woods-Cripe, 1999, citados por Almeida et al., 2011). R. A. McWilliam (2005, citado por Almeida et al., 2011) apresenta uma abordagem conceptual das variáveis que podem influenciar o envolvimento da criança nas atividades: (a) as relações que as crianças têm com os objetos; (b) as relações sociais com os seus pares e adultos; (c) as características dos ambientes; (d) e as competências da criança.

R. A. McWilliam (2010b) desenvolveu um modelo de IPI em contextos naturais, o modelo dos cinco componentes, no qual faz a ligação entre a teoria existente e as práticas. Este modelo constitui um sistema abrangente e coordenado de prestação de serviços, baseados na teoria e na investigação, e que tem medidas concretas para colocar em prática. O modelo surgiu para tentar solucionar quatro problemas: (a) um excesso de especialização (em que para cada necessidade é necessário um serviço); (b) a crença errada de que quanto mais apoios especializados melhor; (c) o excesso de formalismo, que faz com que haja uma maior distância entre os profissionais e a família; e (d) a intervenção dos técnicos centrada na visita domiciliária, prestando nesta o seu apoio às famílias e às crianças, em vez de apoiarem as famílias para que estas possam intervir com os seus filhos entre as visitas domiciliárias.

O modelo tem como base duas ideias-chave: a primeira é que as intervenções com a criança ocorrem entre as visitas, ou seja, as crianças só aprendem com o tempo, de forma contínua, e não com intervenções intensivas com os profissionais; a segunda é que os principais cuidadores (família e educadores) têm que estar envolvidos na avaliação das necessidades, na planificação e na intervenção, sendo estas integradas nas rotinas da criança.

Assim, tendo por base os pressupostos anteriormente referidos, o autor apresenta os seguintes componentes que fazem parte do modelo:

a) **Compreensão da ecologia da família:** compreender a ecologia da família (e.g., o que a família gosta, o que faz, quais os apoios e recursos que tem) é uma etapa muito importante para conhecer a família e para delinear a intervenção. O profissional de intervenção precoce precisa de compreender quais as redes formais e informais da família e como estas se relacionam entre si (Jung, 2010; Serrano, 2007). Esta leitura pode ser feita através do ecomapa, que é um diagrama das ligações da família, onde estão representados os seus recursos e suportes (Dudley-Brown, 2004, citado por Jung, 2010). Este instrumento é importante para o profissional, mas é mais importante para a família porque este é construído por si e vai ajudá-la a identificar as suas próprias forças e suportes. Este método é importante para a família perceber que o profissional está interessado nela e não apenas na criança.

b) **Avaliação funcional das necessidades:** para realizar uma parte da avaliação centrada na família, R. A. McWilliam (2010b) desenvolveu a Entrevista Baseada nas Rotinas (EBR). Este instrumento permite ajudar os profissionais e as famílias a

identificarem rotinas para posteriormente serem definidos objetivos funcionais. Entende-se como objetivos funcionais aqueles que dizem respeito às necessidades das crianças: participação, envolvimento, independência e relações sociais (Almeida et al., 2011; R. A. McWilliam, 2010b). O profissional e a família analisam todas as rotinas que ocorrem num dia típico da família, identificando as preocupações da família bem como as rotinas mais difíceis. Posteriormente, são delineados os objetivos para cada rotina. Esses objetivos vão fazer parte do PIAF. Esta entrevista permite que a intervenção seja individualizada (Bernheimer & Keogh, 1995) e não focada apenas na criança (Jung & Baird, 2003).

c) **Serviços transdisciplinares:** o profissional, neste modelo, presta um ou mais apoios semanais à família, sendo que este é sempre apoiado pela equipa que integra, que o ajuda a refletir e a avaliar a sua intervenção. O objetivo é que deixem de haver abordagens multidisciplinares, em que há diferentes técnicos a intervir diretamente com a criança e com a família. As visitas devem ser efetuadas preferencialmente pelo responsável de caso.

d) **Visitas domiciliárias baseadas em apoio centrado na família:** o profissional, quando realiza as visitas domiciliárias, deve prestar três tipos de apoio à família: apoio material, emocional e informativo (R. A. McWilliam & Scott, 2001). O apoio material consiste em recursos provenientes de duas categorias: (i) equipamentos e materiais e (ii) apoio financeiro. No que diz respeito ao apoio emocional, R. A. McWilliam et al. (1998) identificaram cinco características: sensibilidade, positividade, recetividade, ser orientado para toda a família e estabelecer uma relação de “amizade”. Por último, o suporte informativo, deve ser composto por quatro tipos de informação: (i) desenvolvimento da criança; (ii) deficiência da criança, (iii) serviços e recursos, e (iv) o que fazer com a criança. O profissional, em vez de prestar apoio direto às famílias, deve proporcionar-lhes as informações necessárias sobre como agir com a criança, garantir que esta tenha os materiais necessários, para que possam realizar os seus objetivos, e nunca esquecer o apoio emocional. Para os profissionais que têm dificuldades em implementar esta abordagem, foi criado o *Vanderbilt Home Visit Script* (R. A. McWilliam, 2004), que apresenta várias questões que orientam o técnico na visita.

e) **Colaboração/consultoria com a creche/ jardim de infância:** quando a criança está em contexto escolar, o profissional deve visitá-lo. Deve articular com os educadores titulares, uma vez que, para além da família, passam mais horas com as

crianças. O técnico pode intervir de seis formas: (i) retirar a criança da sala e prestar apoio individualizado; (ii) retirar a criança da sala e dar-lhe apoio em pequenos grupos; (iii) prestar apoio individual à criança, mas no contexto da sala; (iv) dar apoio à criança nas atividades desenvolvidas pelo grupo; (v) prestar apoio individualizado à criança dentro das rotinas da turma; e (vi) consultoria, em que a intervenção direta é efetuada pelo educador. Estas seis formas de intervir vão desde a mais segregada até à mais integrada, da mais desadequada à mais adequada (R. A. McWilliam, 2010b). Numa investigação desenvolvida por R. A. McWilliam (1996, citado por Almeida et al., 2011), durante dois anos, com 80 crianças, as intervenções mais eficazes foram as que recorreram a apoio individualizado à criança dentro das rotinas da sala; contudo, devido a questões relacionadas com a operacionalização da investigação, a sexta forma de intervenção mencionada, consultoria, não foi avaliada. Segundo o autor, há seis fatores-chave no sucesso de serviços integrados na sala de aula: (i) o profissional e o educador titular da sala de aula têm que articular entre si, a fim de partilharem expectativas e as tarefas inerentes a cada um; (ii) o profissional tem que estabelecer regras básicas para maximizar o impacto positivo e minimizar o impacto negativo; (iii) o profissional deverá ser humilde, respeitando o educador, que se encontra no seu ambiente diário; (iv) deverá existir boa comunicação, entre o profissional e o educador, sobre o método a implementar; (v) a equipa deve utilizar a avaliação baseada nas rotinas e formular objetivos funcionais; (vi) o profissional deve utilizar uma consultoria colaborativa, em que decide juntamente com o educador, quais são os problemas a abordar e as estratégias para os solucionar, não esquecendo uma posterior avaliação dos resultados obtidos.

Este modelo vai ao encontro das práticas recomendadas, na medida em que há reconhecimento e promoção das forças da família, sendo a intervenção baseada nas necessidades da criança e da família. Por vezes, as intervenções desenhadas pelos profissionais falham na implementação das estratégias por parte da família (Bernheimer & Keogh 1995). Segundo Bernheimer e Keogh (1995), este facto prende-se com um não ajustamento ao funcionamento da família e uma não incorporação nas suas rotinas. R. A. McWilliam e Scott (2001) referem que é necessário criar intervenções que sejam úteis para a família. Contudo, para que estas práticas sejam implementadas, não basta só promover as forças da família, mas também procurar que

estas sejam inseridas na rotina familiar (Bernheimer & Keogh, 1995). Através da utilização da EBR pelos profissionais de IPI, obtém-se conhecimento acerca das atividades da família, dos interesses da criança e sobre as preocupações e prioridades da família (NM Family Infant Toddler Program, 2002).

Para adotar práticas centradas na família, realizadas nos contextos naturais da criança e da família, e baseadas nas atividades diárias da criança, perspetivando-as como oportunidades de aprendizagem, é necessário que o profissional tenha uma postura e uma forma de intervir diferentes das que são utilizadas no modelo tradicional (Carpenter, King, & Keys, 1998). Para os profissionais, a mudança para uma intervenção centrada na família é difícil, porque a sua formação de base não incidiu sobre esta abordagem, nem sobre a importância dos contextos naturais, nem sobre os modelos de funcionamento das equipas (Bruder, 2005; Washington, Schwartz, & Swinth, 1994, citados por Rutland, 2007). Por se relacionar diretamente com o que expusemos anteriormente, no modelo da IPI em contextos naturais, seguidamente abordamos os diferentes modelos de funcionamento das equipas, mais especificamente o funcionamento transdisciplinar.

2.4. Funcionamento transdisciplinar

As equipas de IPI são constituídas por profissionais de diferentes áreas (e.g., Educação, Ação Social, Saúde), sendo que a literatura defende que a intervenção deve ser desenvolvida pela equipa numa perspetiva interdisciplinar ou transdisciplinar (Shonkoff & Meisels, 2000). De acordo com o modo como planeiam e executam a intervenção junto da criança e da família (Rutland, 2007) e com o papel e a função de cada elemento da equipa (Almeida, 2009), as equipas de IPI podem caracterizar-se de acordo com três modelos: equipa multidisciplinar, equipa interdisciplinar e equipa transdisciplinar (Almeida, 2009; Mendes, 2010; Rutland, 2007).

No modelo multidisciplinar, cada profissional é especializado na sua área e efetua individualmente a avaliação, o planeamento e a implementação da intervenção, sendo a intervenção feita por vários profissionais que apoiam a família ao mesmo tempo (R. A. McWilliam, 2003; R. A. McWilliam & Scott, 2001; Wolery & Odom, 2000). Esta abordagem foca-se nos domínios individuais do desenvolvimento da criança, em vez de a ver como um todo. Este tipo de abordagem pressupõe que haja múltiplas visitas e pode gerar dificuldades de comunicação, uma vez que existem vários técnicos a intervir

com a família (R. A. McWilliam & Scott, 2001). A intervenção é mais centrada nas necessidades dos profissionais do que nas necessidades da família e esta tem um papel passivo durante todo o processo, sendo apenas recetora do serviço (Peterson, 1987, citado por Carpenter et al., 1998).

No modelo interdisciplinar, a intervenção continua a ser realizada de acordo com a área de cada profissional (Rutland, 2007), mas existe uma partilha de informação acerca do que se está a efetuar com a criança (Almeida; 2009; Carpenter et al., 1998; Rutland, 2007), o que faz com que os técnicos tenham uma visão mais integrada da família e da criança (Almeida, 2009). As avaliações continuam a ser feitas de acordo com determinada área, mas os pais já colaboram, ainda que de forma mínima, nas decisões acerca da intervenção (Carpenter et al., 1998). O apoio é prestado por vários técnicos à mesma família; contudo, as informações das diferentes áreas são consideradas para as outras especialidades (R. A. McWilliam, 2003).

O modelo transdisciplinar foca-se numa intervenção que vai para além da área profissional específica de cada elemento da equipa. Por este motivo, este modelo tem sido considerado como o que mais fomenta práticas centradas na família, visto que o serviço é coordenado e integrado entre os diversos elementos da equipa, de forma a atender às necessidades complexas da criança e da família (Carpenter, 2005). Neste modelo, o funcionamento da equipa é mais estruturado e integrado, existindo uma corresponsabilização na tomada de decisões, nas intervenções, havendo um apoio mútuo e uma partilha de informação e de saberes (Franco, 2007). A abordagem transdisciplinar tem sido reconhecida como das melhores práticas (Dunst & Bruder, 2002; Guralnick, 2001), na medida em que reduz a fragmentação de serviços, diminui relatórios confusos e aumenta a comunicação com a família (Carpenter, 2005; Davies, 2007, citado por King et al., 2009).

A DEC-CEC (Sandall et al., 2005) recomenda o modelo transdisciplinar, enumerando algumas das suas vantagens: (a) a inclusão das famílias como membros ativos da equipa; (b) a partilha e transferência de saberes entre os profissionais, existindo por parte destes uma “libertação de papéis”; (c) a intervenção focada na funcionalidade; e (d) a premissa de que é com os cuidadores primários e nas rotinas regulares, que são proporcionadas oportunidades de aprendizagem, potenciadoras do desenvolvimento da criança.

Um serviço transdisciplinar é definido por haver extensão de papéis, para além das fronteiras disciplinares, no sentido de maximizar a interação, comunicação e cooperação

entre os vários membros da equipa (Davis, 2007; Jahson et al., 1994, citados por King et al., 2009). O profissional tem uma visão mais holística da família e da criança (Almeida, 2009), centrando-se nestas, e tendo em conta os seus contextos naturais, rotinas e atividades (Jung, 2003), nos quais a avaliação é efetuada, podendo os cuidadores principais participar, caso pretendam (Gallagher, LaMontage, & Johnson, 2000; R. A. McWilliam, 2003).

Neste modelo, surge o responsável de caso, que é um técnico que assume a responsabilidade de um contacto privilegiado com a família, fazendo com que haja um número reduzido de profissionais a intervir diretamente com a família (Rutland, 2007). Outra questão importante é que é necessário que a equipa tenha tempo para planear e avaliar a sua prática (King et al., 2009), de forma a melhorar, sendo importante que a equipa tenha reuniões onde estejam presentes todos os elementos. Franco (2007) propõe também que o espaço físico não deva estar organizado em gabinetes de acordo com a área de intervenção, mas sim numa sala da equipa, em que os profissionais possam encontrar-se, quando não estão a dar apoios diretos, para proporcionar o trabalho em equipa.

Para que haja uma intervenção transdisciplinar é necessário existirem três características operacionais (King et al., 2009). A primeira é a avaliação em arena, onde os profissionais das diferentes áreas avaliam ao mesmo tempo a criança, sendo que há um técnico que assume o papel de facilitador enquanto os outros colegas observam (Foly, 1990, citado por King et al., 2009). Os pais também têm um papel em todo o processo de avaliação, ao partilhar a informação referente à criança. Os instrumentos utilizados podem ser formais ou informais (Foly, 1990, citado por King et al., 2009). A segunda é caracterizada por uma interação contínua e intensa, ou seja, os vários elementos da equipa agrupam e partilham toda a informação, saberes e competências de acordo com as várias disciplinas e trabalham de forma cooperativa. A terceira característica é que, para a equipa se tornar transdisciplinar na sua prática, é necessário que todos os elementos não fiquem cingidos à sua área específica, congregando na sua perspetiva o conhecimento e a prática de IPI, para além da sua formação de base, tendo sempre a equipa como decisora e supervisora da intervenção (Foly, 1990, citado por King et al., 2009).

Segundo King e colaboradores (2009), a intervenção transdisciplinar é efetuada apenas pelo responsável de caso, o que torna a intervenção menos invasiva e permite que a equipa apoie mais famílias e mais crianças. Por outro lado, o responsável de caso

consegue estabelecer uma relação privilegiada com a família. As necessidades e prioridades são definidas juntamente com os cuidadores que, caso tenham alguma dúvida, contactam com o responsável de caso.

A intervenção é holística, o que faz com que haja planos de intervenção mais coerentes (Davies, 2007, citado por King et al., 2009). Paralelamente, este modelo permite um grande desenvolvimento profissional uma vez que os técnicos adquirem novas competências (Foly, 1990, citado por King et al., 2009). No entanto, estes benefícios ainda não foram especificamente avaliados (King et al., 2009).

Tal como já foi referido anteriormente, com este modelo surge o responsável de caso, que deve providenciar uma coordenação eficaz. Dunst e Bruder (2002) definem que o papel deste é ajudar a família e a criança a terem acesso aos serviços e aos apoios de que necessitam, identificados no PIAF. Almeida (2009) considera que o responsável de caso assume o papel de figura de referência para a família, ajudando-a a aceder aos restantes técnicos, recursos e serviços de que necessita. O objetivo fulcral é que o responsável de caso ajude a família a adquirir novas competências para que esta possa organizar-se sozinha com o objetivo de se tornar progressivamente mais autónoma.

Dunst e Bruder (2004, citados por Shelden & Rush, 2001) realizaram uma investigação acerca de serviços onde havia responsável de caso definido e serviços em que as famílias se relacionavam com dois ou mais profissionais. Através desta investigação concluiu-se que quando existia um responsável de caso, o serviço apresentava melhor qualidade nas relações com a família e estas tinham mais poder nas suas decisões.

Segundo R. A. McWilliam (2003), só o modelo transdisciplinar é que promove a corresponsabilização das famílias. Para que este modelo seja eficaz, é crucial que os profissionais tenham, para além das competências que são específicas de cada área, qualidades pessoais como empatia, sensibilidade, autenticidade, autocontrolo, autorreflexão e reflexão em equipa, capacidade de praticar a escuta ativa, autoconhecimento, relacionamento interpessoal e humildade, para que sejam capazes de receber as opiniões dos outros colegas (Davies, 2007; Foley, 1990, citados por King et al., 2009). Do mesmo modo, na opinião de Franco (2007), os profissionais devem ter formação para o trabalho em equipa, porque as atitudes face aos colegas e às relações profissionais são fulcrais para que as equipas tenham qualidade. O autor menciona que a formação dos técnicos no âmbito do funcionamento transdisciplinar em equipa, deverá ser uma prioridade.

No estudo de Mendes, Pinto e Pimentel (2010) concluiu-se que um dos padrões de qualidade dos serviços de IPI é a formação dos profissionais, tanto ao nível da formação base, como da formação especializada. Também é considerada essencial a existência de supervisão, para que o enfoque da intervenção não se afaste das práticas baseadas na evidência, promovendo uma atualização e reflexão constantes. Corroborando a mesma ideia, Figueiredo (2008) e Cara-Linda (2007) salientam a importância do investimento na formação dos profissionais de IPI.

Para alcançar essas mudanças nas práticas, estas devem ser efetuadas através de modelos de consultoria (e.g., Buysse & Wesley, 2005). Para que se consiga aplicar um modelo de consultoria, é necessário que o consultor tenha um leque vasto de conhecimentos e competências para poder ensinar as práticas recomendadas ao consultado (Mendes, 2010). Segundo Erchull e Martens (2002, citados por Mendes, 2010), o consultor deve estabelecer uma relação de trabalho produtiva, identificando o objetivo da consultoria, procurando identificar as estratégias a aplicar e, posteriormente, ajudar no processo de avaliação das mesmas. Assim, pode-se definir consultoria como uma relação de ajuda em que o consultor presta assistência ao consultado, de forma a que este consiga solucionar as dificuldades que esteja a ter com a sua intervenção (Dougherty, 2000, citado por Buysse & Wesley, 2005).

Brown, Pryzwansky e Schulte (1988, citados por Buysse & Wesley, 2005) referem que ser consultor não é uma profissão específica e este papel pode ser assumido por profissionais de diferentes áreas. Estes autores apresentam um modelo de consultoria que é baseado na colaboração e na transferência de saberes que tem como objectivo promover mudanças a vários níveis (família/criança, consultado/consultor, programa/serviço), sendo que a promoção de conhecimentos e a supervisão de práticas pode incidir sobre o caso particular da criança, sobre o funcionamento da família, ou sobre o funcionamento da própria equipa, promovendo desenvolvimento em todas as vertentes.

R. A. McWilliam (1995, citado por Almeida et al., 2011) refere que o modelo de consultoria deve ser aplicado também à família, na medida em que há troca de informação entre o responsável de caso e a família. A troca de informação e de estratégias irá fazer com que a família aprenda a maximizar as oportunidades de aprendizagem no seu dia a dia. Com esta abordagem, a criança irá ter mais horas de aprendizagem do que se tivesse um apoio direto de quatro horas (Jung, 2003). Estas estratégias têm como objetivo facilitar o envolvimento dos cuidadores principais de

forma a promover as suas capacidades, para que assumam a liderança no processo de aprendizagem da criança (Hanft, Rush, & Shelden, 2004, citados por Salisbury et al., 2010; Hungles & Peterson, 2008, citados por Salisbury et al., 2010; National Early Childhood Technical Assistance Center, 2008; Woods, Kashinath, & Goldstein, 2004).

Nos dias de hoje, o profissional tem o papel de consultor junto da família. Deixando de lado o papel de decisor e prestador de cuidados diretos à criança, o profissional começa a adquirir novas competências para poder responder às necessidades da família e para cooperar com os outros profissionais no sentido de evoluir mais na sua intervenção (Mendes, 2010).

A investigação nacional e internacional sugere que, atualmente, a IPI se encontra ainda muito longe das práticas baseadas em evidências (e.g., Dunst et al., 2008; Pimentel, 2005). Por isso, é fundamental analisar as práticas à luz dos métodos de investigação atuais, para compreender quais as que devem continuar, ser interrompidas ou alteradas, com o objetivo de se tornarem mais consistentes com as práticas recomendadas (Dunst et al., 2008). Ou seja, é fulcral compreender as práticas que estão a ser usadas e como os próprios profissionais avaliam o distanciamento entre aquilo que realizam diariamente e aquilo que consideram ser as práticas ideais em IPI. Para uma melhor compreensão da realidade portuguesa, passamos a expor a evolução da IPI no nosso país, e damos especificamente uma perspetiva sobre a IPI no Alentejo, visto que se tem apresentado como uma realidade com características muito específicas no que concerne as práticas de IPI aplicadas, parecendo-nos fulcral a compreensão da sua história e organização.

3. IPI em Portugal e no Alentejo

Em Portugal, nas últimas décadas houve uma grande expansão dos programas de IPI. Em 1999, foi publicado o primeiro diploma legal, Despacho Conjunto n.º 891/99, de 19 de outubro, que enquadrava os princípios orientadores para se organizar os serviços de IPI (Mendes, 2010). Este diploma foi extremamente importante para se construir programas mais estruturados e mais centrados na família, ou seja, assentes numa perspetiva ecológica (Mendes, 2010). Este foi o impulsionador para a criação de vários projetos, a nível nacional, e em particular, na região Centro e no Alentejo (Almeida, 2009; Franco & Apolónio, 2008). Porém, no resto do país projetos análogos não foram plenamente implementados, devido à falta de envolvimento das autoridades regionais (Boavida, Carvalho, & Espe-Sherwindt, 2009), tendo-se constatado muitas assimetrias de região para região (Mendes, 2010). Decorrente destas assimetrias, surgiu a necessidade de uma política comum em Portugal, que culminou na criação de um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, legislado pelo Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro, que veio revogar o Despacho Conjunto n.º 891/99, de 19 de outubro. Este sistema pretende promover a universalidade do acesso aos serviços de intervenção precoce, cujas práticas deverão ser alicerçadas num denominador comum.

Devido a esta expansão dos programas de IPI, vários investigadores nacionais têm realçado a pertinência de avaliar as práticas, considerando que a investigação não se deve limitar a identificar as perceções de pais e profissionais ou ações desenvolvidas nos programas, devendo avaliar possíveis discrepâncias entre os objetivos delineados e o modo como estão a ser desenvolvidos na prática (Dunst & Bruder, 2002). Bairrão e Almeida (2003) referem que, em Portugal, são raros os programas de IPI que têm efetuado uma avaliação sistemática das suas práticas sendo, por isso, fundamental recorrer a instrumentos de avaliação adequados à nossa realidade e que ilustrem as práticas realizadas. Atualmente, e apesar de todas as vantagens das práticas centradas na família, verifica-se ainda um caminho a percorrer para atingir, na sua plenitude, a filosofia subjacente à IPI, em Portugal (Pimentel, 2005).

No âmbito dos estudos realizados em Portugal, a avaliação dos serviços de IPI e do grau de implementação das práticas centradas na família tem ganho relevo. Pimentel (2005) investigou as perceções de pais e profissionais que intervêm com crianças com incapacidades no distrito de Lisboa, num estudo em que participaram 193 pais e 128

profissionais. A investigação demonstrou que, na opinião dos pais e dos técnicos, o serviço que é prestado à criança não é centrado na família, e que, ambos, valorizaram mais os serviços que eram focados na criança. O estudo também demonstrou que os serviços não utilizavam as práticas recomendadas, ou seja, os procedimentos da avaliação eram centrados na criança, verificando-se uma quase inexistente prática transdisciplinar, e que o responsável de caso não conseguia estabelecer uma relação eficaz entre a família e a equipa.

O estudo efetuado por Almeida (2009), com o objetivo de traçar uma panorâmica geral da situação da IPI em Portugal, e da utilização do modelo de intervenção centrado na família, através de testemunho de especialistas e de profissionais de IPI, que constituíram uma amostra representativa de todo o território nacional, à exceção do Algarve, revelou que as práticas recomendadas internacionalmente são identificadas pelos profissionais das equipas; contudo, existe dificuldade em implementá-las. Em relação às práticas centradas na família, os profissionais tentam operacionalizá-las; porém, em relação à participação da família, ainda existem algumas lacunas.

O estudo efetuado por Pereira e Serrano (2009), com o objetivo de avaliar as práticas centradas na família em IPI, no qual participaram 558 profissionais dos 18 distritos do continente e dos arquipélagos da Madeira e dos Açores, também indicou que existem diferenças entre regiões, sendo a Madeira e os distritos de Viana do Castelo, Coimbra, Portalegre e Beja que utilizam mais práticas centradas na família. A investigação demonstrou que a utilização das práticas centradas na família depende da formação base do profissional de IPI, existindo diferenças entre as práticas dos educadores - que obtiveram melhores resultados na frequência das práticas centradas na família - e as práticas de outros grupos de profissionais (e.g., psicólogos, assistentes sociais e técnicos de saúde). No estudo das referidas autoras, no que concerne ao local onde é prestado o apoio, constatou-se que quando o apoio é realizado no domicílio ou no domicílio e outro local, os resultados obtidos em termos de práticas centradas na família são superiores aos resultados obtidos nos outros locais de apoio.

Mendes (2010) realizou um estudo que tinha como objetivo caracterizar a realidade das práticas implementadas nas equipas do distrito de Portalegre e da zona metropolitana de Lisboa. Os resultados de autoavaliação dos profissionais indicam que são cumpridas as práticas recomendadas relativamente à comunidade, à criança e, parcialmente, ao serviço; no entanto, no que diz respeito à família e ao programa existem ainda lacunas. As práticas implementadas, em termos de contexto (jardim de

infância ou domicílio) e foco de intervenção (direta com a criança ou mediada pelo cuidador), são influenciadas pelo tipo de situação de risco e pela área disciplinar do profissional que presta o apoio. Ainda de acordo com Mendes (2010), a decisão sobre os profissionais intervenientes é tomada de acordo com a problemática da criança/família, que pode estar relacionada com a representação de que o profissional de determinada área tem mais competências para intervir em determinadas problemáticas. Os resultados desta investigação também indicam que a tipologia dos casos influencia o foco da intervenção: nos casos de risco estabelecido, a família participa com a criança, mas a intervenção é, sobretudo, centrada na criança. Nos casos de risco biológico, a intervenção é mais centrada na criança, estando também a família presente nas sessões.

Em relação à área disciplinar do profissional que presta apoio, quando a intervenção é prestada pelos educadores, constata-se que existe uma maior frequência de apoios com a presença da criança e da família, do que nas intervenções realizadas por psicólogos e terapeutas, em que o alvo da intervenção é, na maioria das vezes, a criança. Nos apoios efetuados pelos assistentes sociais, a intervenção é feita, maioritariamente, com os cuidadores, não estando presentes as crianças. No que concerne ao contexto de intervenção, verificou-se que os educadores efetuam o apoio em diferentes contextos, mas com mais incidência no domicílio. Os psicólogos e os terapeutas realizam a sua intervenção, sobretudo, em contexto educativo, os assistentes sociais, por sua vez, prestam apoio, maioritariamente, em contexto de domiciliário. Segundo Mendes (2010), as práticas dos profissionais parecem ser mais influenciadas pela formação de base do que pelo conhecimento derivado das práticas baseadas em evidências.

Gronita e colaboradores (2011), num estudo que efetuaram num serviço de IPI, verificaram através de questionários de autoavaliação aos profissionais, uma correlação significativa entre o tempo de serviço e o uso das práticas ideais, ou seja, os profissionais que desempenham funções há menos de seis anos avaliavam as suas práticas como estando mais próximas das práticas ideais. Pelo contrário, os profissionais que exercem funções há seis ou mais anos parecem não utilizar as práticas mais recomendadas. Mendes (2010) refere que estes resultados podem advir da formação base dos profissionais mais jovens, que frequentaram cursos mais recentes, no qual poderão ter sido abordados os modelos teóricos que estão subjacentes às práticas recomendadas.

Na opinião de Boavida et al. (2009), Portugal tem como prioridades criar formas para que haja um melhor envolvimento das famílias, promover formação dos

profissionais que vá ao encontro dos resultados desejados e garantir serviços de qualidade. Neste sentido, a investigação deve incidir na avaliação da qualidade dos serviços (Hebbeler et al., 2007) e nas práticas ideais de IPI, com o objetivo de consolidar as boas práticas, para que a avaliação a nível nacional revele cada vez mais práticas baseadas na evidência (Pinto et al., 2009).

No que concerne a IPI no Alentejo, a sua rede de serviços decorre da ação conjunta dos Ministérios da Saúde, da Educação e do Trabalho e da Solidariedade Social, em conjunto com as Instituições Particulares de Solidariedade Social ou equiparadas, enquanto entidades de suporte das equipas de intervenção precoce, que permitiu a criação de uma estrutura organizada que implementou os primeiros projetos (Franco & Apolónio, 2008). Inicialmente, esta rede assentava numa estrutura a nível regional e distrital, designadas de Equipa Regional e Equipa Distrital, que assegurava as funções de gestão, acompanhamento e monitorização das equipas de intervenção direta de âmbito concelhio, que desenvolviam a sua ação junto das crianças e das famílias (Franco & Apolónio, 2008). Para promover a articulação com os vários serviços de cada comunidade, algumas equipas regionais, nomeadamente a do Alentejo, sentiram a necessidade de criar, em cada concelho, uma equipa de parceiros, designada de Equipa Concelhia, de modo a dar uma resposta mais integrada às famílias apoiadas e de forma a rentabilizar os recursos (Franco & Apolónio, 2008). Com a criação do SNIPI, a estrutura da IPI sofreu algumas alterações, deixando de haver equipas distritais (o elo de ligação entre a equipa regional e as equipas locais), para se criar um sistema nacional com subcomissões regionais e ELI (Subcomissão Regional do Alentejo, 2010).

A organização desta rede nos distritos de Évora e Portalegre teve início em 2002 e 2003. No que diz respeito ao distrito de Beja, só teve início em 2004 (Franco & Apolónio, 2008). No final de 2005, os distritos de Évora e Portalegre, estavam inteiramente abrangidos com equipas de intervenção direta. No final de 2007, a região Alentejo tinha 35 equipas de intervenção direta, que abrangiam 39 concelhos, sendo que, no distrito de Beja, existiam apenas 4 concelhos que estavam na fase inicial de implementação. No final de 2008, a intervenção era prestada por 42 equipas de intervenção direta abrangendo 47 concelhos do Alentejo, ficando a totalidade do território desta região abrangido, nos distritos de Évora, Beja, Portalegre e Alentejo Litoral. Atualmente, a totalidade do território mantém-se abarcada, contudo, e devido à reestruturação sofrida pela criação do SNIPI, existem 31 ELI.

Cada ELI foi sediada numa entidade promotora (i.e., Instituições Particulares de Solidariedade Social, ou equiparadas). Em 2010, existiam 30 entidades, cabendo a estas dar suporte institucional às equipas (Subcomissão Regional do Alentejo, 2010). As equipas integram profissionais de vários domínios de intervenção, podendo estas ser constituídas por psicólogos, educadores de infância, terapeutas, técnicos de serviço social, sendo que algumas equipas contam ainda com a colaboração dos médicos de família e enfermeiros (Franco & Apolónio, 2008).

O número de profissionais das equipas têm vindo a aumentar gradualmente, ao longo dos anos. Em 2010, as ELI do Alentejo apresentavam um total de 265 profissionais de várias áreas, estando 161 a tempo inteiro e 104 com horário parcial, já que alguns profissionais, sobretudo terapeutas e psicólogos, integram mais do que uma equipa (Subcomissão Regional do Alentejo, 2010). No que diz respeito à população apoiada pelas equipas registou-se um aumento gradual nos três distritos. As equipas, durante o ano de 2010, apoiaram 2368 crianças, no qual se verificou uma maior percentagem no Distrito de Évora, com 45%, seguido de Beja, com 23%, Portalegre, com 21% e Alentejo Litoral com 11% (esta distribuição é semelhante a anos anteriores). Segundo o Relatório de Atividades da Subcomissão Regional do Alentejo (2010), 55,1% das crianças apoiadas pelas ELI do Alentejo integravam o grupo com alterações nas funções ou estruturas do corpo, sendo mais frequentes os casos de atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida, com 33%. A existência de fatores de risco surge em 44,9% dos casos, sendo 20,6% as situações consideradas de risco familiar.

Relativamente aos estudos desenvolvidos sobre a região do Alentejo, Almeida (2009) verificou que as equipas desta região apoiavam, sobretudo, crianças em situação de risco ou com atraso de desenvolvimento. Estes dados são concomitantes com os dados do Relatório de Atividades da Subcomissão Regional do Alentejo (2010) anteriormente referido. O estudo de Almeida (2009) revelou, ainda, que os profissionais desta região eram aqueles que colocavam menos reservas às práticas centradas na família e consideravam que estas “implicavam mudança de atitude/papel dos técnicos”, no qual os profissionais têm uma responsabilização no processo. Os técnicos salientam que têm como obstáculos a dispersão geográfica, que faz com que despendam muito tempo nas deslocações.

Num estudo destinado a avaliar o impacto da IPI no Alentejo, ao nível das crianças e famílias apoiadas, bem como o funcionamento dos serviços de saúde e de educação, Franco e Apolónio (2008) concluíram que a rede de IPI nesta região tem tido um grande

impacto na criança, na família e na comunidade. As equipas têm ido ao encontro da maior parte das necessidades que a criança e a família apresentam, fazendo com que o desenvolvimento das crianças e das famílias seja muito positivo. Em relação à comunidade, é de salientar que houve mudanças nas suas práticas, indo mais ao encontro da filosofia centrada na família. No entanto, existem alguns aspetos que é necessário melhorar para se conseguir obter melhores resultados, nomeadamente, ao nível da elegibilidade, identificação das problemáticas e natureza das intervenções, para melhorar o funcionamento da rede de IPI.

A rede de IPI no Alentejo destaca-se e torna-se um objeto de estudo relevante, devido ao facto de: (a) constituir a primeira rede alargada e homogénea a cobrir uma ampla região geográfica, com uma estrutura coordenada e abrangente, com modelos de trabalho e intervenção articulados (Franco & Apolónio, 2008), como já explicitamos anteriormente na sua origem e organização; (b) as suas práticas terem já sido alvo de estudos empíricos, existindo uma reflexão sobre a constituição das equipas, a sua composição e organização e os resultados obtidos junto das crianças e das famílias (Franco & Apolónio, 2008; Mendes, 2010; Pereira & Serrano, 2009) e (c) as suas práticas terem sido alvo de distinção nacional e internacional, pela atribuição do segundo prémio nacional Boas Práticas em Saúde, em 2009, da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, e, em 2010, o primeiro Prémio da Fundação dos Emirados Árabes Unidos para a Saúde, atribuído pela Organização Mundial de Saúde. Torna-se, então, importante dar continuidade a estes estudos, e perceber como os próprios profissionais avaliam as práticas que implementam na sua intervenção diária.

4. Objetivos e Hipóteses

A presente investigação tem como objetivo geral compreender as perceções que os profissionais das ELI do Alentejo têm em relação à sua prática. Especificamente pretende-se:

- a) Identificar as perceções dos profissionais em relação às suas práticas típicas e às práticas ideais em IPI.
- b) Verificar se existem diferenças entre práticas típicas e as consideradas ideais.
- c) Identificar as variáveis sociodemográficas que podem estar associadas às perceções acerca das práticas típicas e das práticas ideais.

De acordo com os objetivos anteriormente apresentados e considerando a informação coligida na literatura, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

1ª Hipótese - Existem diferenças entre as perceções que os profissionais de IPI têm em relação às práticas típicas nas ELI do Alentejo e às práticas consideradas ideais, sendo que estes atribuem pontuações mais elevadas aos itens relativos às práticas ideais.

2ª Hipótese - Existem diferenças entre as perceções que os profissionais das ELI do Alentejo têm em relação às práticas típicas e às práticas consideradas ideais, quando consideradas as variáveis idade, tempo de experiência profissional em IPI, formação de base e formação complementar.

3ª Hipótese - Existem diferenças entre as perceções que os profissionais das ELI do Alentejo têm em relação às práticas típicas e às práticas consideradas ideais, quando considerado o tipo de funcionamento de equipa. Especificamente, espera-se que os profissionais que percecionam o modo de funcionamento da sua equipa como mais próximo do modelo transdisciplinar apresentem pontuações mais elevadas tanto nas práticas típicas, como nas práticas ideais.

III. Método

1. Participantes

Os participantes deste estudo foram os profissionais das ELI do Alentejo, sendo a amostra constituída por 167 profissionais de 25 equipas dos distritos de Portalegre ($n = 3$), Évora ($n = 13$), Beja ($n = 5$) e Alentejo Litoral ($n = 4$). Inicialmente, pretendia-se recrutar a totalidade dos técnicos de todas as ELI do Alentejo, num total de 256 profissionais de 31 ELI, sendo que todas as equipas e profissionais foram convidados a participar. A taxa de participação foi assim de 65.23% para os profissionais e de 80.65% para as ELI.

As idades dos profissionais variaram entre os 23 e os 56 anos ($M = 35.70$, $DP = 7.73$), com apenas 6 profissionais do sexo masculino. No que diz respeito à profissão, agruparam-se em seis categorias profissionais: técnicos de acção social (13.5%), terapeutas (31.3%), psicólogos (14.1%), educadores de infância (27.6%), professores (11%) e enfermeiros (1.8%). Os anos de escolaridade variaram entre os 15 e os 23 anos ($M = 17.23$, $DP = 1.33$). Existiam 85 profissionais com especializações (47.2%), num total de 41 especializações diferentes, das quais a pós-graduação em “Educação Especial: domínio cognitivo e motor” é a mais frequente (16%), sendo que apenas 5 (3%) profissionais têm especialização em “Intervenção precoce”. No que diz respeito aos profissionais sem especialização, existiam 85 (52,1%). Os anos de experiência em IPI variavam entre 0.17 e os 26 anos ($M = 5.21$, $DP = 4.07$). Em média, cada profissional tem intervenção direta com 12 crianças ($M = 11.7$, $DP = 8.05$) e é responsável por 6 casos ($M = 6.45$, $DP = 4.17$).

Foi efetuado, também, o levantamento de alguns dados de caracterização das equipas, verificando-se que o tempo médio de existência é de 9.70 anos ($DP = 3.82$). As equipas são compostas, em média, por 8.22 profissionais ($DP = 1.53$) e atenderam, em média, 53.26 crianças ($DP = 18.02$). Em média, 1.91 profissionais trabalham com cada família ($DP = 0.53$). No que diz respeito ao perfil das crianças apoiadas, existem, em média, 35 crianças por equipa com alterações nas funções e estruturas do corpo ($DP = 18.08$) e, em média, 16.50 crianças com risco grave de atraso de desenvolvimento ($DP = 9.49$). Cerca de 56.5% das ELI têm equipa de primeiro contacto e 78.3% realizam reuniões semanais, 17.4% realizam reuniões quinzenais e 4.3% reúnem mensalmente.

2. Instrumentos

A bateria utilizada no presente estudo é composta por dois instrumentos:

a) *Questionário aos Profissionais de IPI*: este questionário é composto por 19 questões de resposta fechada e tem como objectivo recolher informação sociodemográfica que permite caracterizar cada profissional quanto ao seu género, idade, formação de base, habilitações académicas, especializações, anos de experiência em IPI, número de horas de trabalho semanal em IPI, número total de casos em que intervém, número de crianças em que é responsável de caso e acumulação de funções de coordenação. No questionário está, ainda, presente uma questão referente ao tipo de funcionamento da equipa, recorrendo a uma escala composta por 7 itens com 4 descritores (que correspondem aos itens ímpares), que se referem, respetivamente, ao modo de funcionamento em equipa monodisciplinar, multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. Inclui, ainda, questões de caracterização da equipa, as quais só são preenchidas pelo coordenador da mesma¹ (i.e., zona geográfica da equipa, categoria de casos acompanhados pela equipa, número de técnicos que intervém com cada família, periodicidade de reuniões de equipa, periodicidade das intervenções e local das intervenções).

b) *Escala de Avaliação de Serviços: Famílias em Contextos Naturais*: esta escala é uma tradução da *Families in Natural Environments Scale of Service Evaluation* (FINESSE; R. A. McWilliam, 2008/2000), e tem como objetivo avaliar as perceções dos profissionais acerca das suas práticas de intervenção, mais especificamente as suas práticas típicas e as práticas que consideram ideais. A FINESSE foi desenvolvida com o objetivo de criar uma ferramenta que avaliasse todas as dimensões referidas no modelo dos cinco componentes (R. A. McWilliam et al., 2007). Trata-se de uma escala de autoavaliação e apresenta quatro componentes de avaliação: primeiro contacto, planeamento da intervenção, funcionalidade e prestação de serviços (R. A. McWilliam et al., 2007).

A FINESSE é composta por 17 itens, avaliados numa escala de 1 a 7, com descritores nos números ímpares. É solicitado ao profissional que, para todos os itens, assinale qual a prática que se aproxima mais da que utiliza diariamente (típica) e qual a

¹ De referir, que no caso de haver dois coordenadores na mesma equipa selecciona-se aquele que tem mais anos de experiência em IPI.

que se aproxima da que considera ideal. A descrição associada à pontuação 7 corresponde à prática recomendada, sendo que quanto mais se aproxima do 1, mais se afasta do recomendado. A escala inclui, ainda, uma pergunta aberta sobre os fatores que contribuíram para as discrepâncias entre as práticas típicas e as práticas consideradas ideais. No presente estudo, não foram efetuadas análises recorrendo aos quatro componentes referidos por R. A. McWilliam et al. (2007). Do mesmo modo, as respostas dos participantes à pergunta aberta não foram consideradas.

A revisão da literatura permitiu identificar três investigações empíricas em que a FINESSE foi utilizada (Dionísio, 2009; R. A. McWilliam et al., 2007; Rantala, Uotinen, & McWilliam, 2009). No que diz respeito às propriedades psicométricas dos dados obtidos com base na FINESSE, no estudo realizado por R. A. McWilliam et al. (2007) foi relatado um coeficiente alfa de Cronbach de .87. Os outros estudos não relataram os valores da consistência interna.

No presente estudo, foram criadas duas subescalas distintas: uma subescala correspondente à média dos 17 itens relativos às práticas típicas e uma subescala correspondente à média dos 17 itens relativos às práticas ideais. Os valores relativos à consistência interna de cada uma destas subescalas foram calculados com base no coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = .84$ e $\alpha = .85$, respectivamente).

3. Procedimento de recolha de dados

Para a realização da presente investigação, foram submetidos pedidos de autorização junto da Comissão de Coordenação Nacional do SNIPI e da Subcomissão Regional do Alentejo, que aprovaram a realização do estudo. O contacto com a segunda entidade serviu ainda para determinar o número efetivo de profissionais e de equipas existentes nos distritos de Beja, Évora e Portalegre, bem como na região do Alentejo Litoral.

O procedimento de recolha de dados decorreu entre outubro e janeiro de 2011 e foi efetuado em três etapas. Em primeiro lugar, foi estabelecido contacto telefónico com os coordenadores de cada ELI, para explicar os objetivos da investigação e o procedimento a utilizar. Alguns destes informaram que seria necessário efetuar um pedido por escrito à Direção da Entidade Promotora da ELI, o que foi realizado pela investigadora responsável. Em segundo lugar, foram remetidos, via correio regular, ao cuidado do

coordenador de cada ELI, os instrumentos da presente investigação (incluindo um exemplar para cada profissional que exerce funções na ELI, assim como uma carta a informar sobre a natureza, objectivos e procedimento do estudo e ainda um envelope selado somente com a morada da investigadora, não permitindo a identificação das equipas). Em terceiro lugar, os coordenadores de cada ELI devolveram à investigadora responsável os questionários dos profissionais da sua ELI que decidiram participar. Foi pedido a cada coordenador, tanto telefonicamente, como por carta, para que os instrumentos fossem preenchidos individualmente por cada profissional, no decurso de uma reunião de equipa, devendo o coordenador entregar os questionários ao mesmo tempo a todos os elementos.

4. Procedimento de análise de dados

Para testar as hipóteses de investigação realizaram-se vários procedimentos de análise de dados. Para confirmar a Hipótese 1, começamos por analisar as características psicométricas dos dados, incluindo a consistência interna e a normalidade das distribuições. Em seguida, procedeu-se à análise descritiva dos itens da FINESSE e à comparação das médias das subescalas de práticas típicas e de práticas ideais, recorrendo-se ao teste não paramétrico de *Wilcoxon*, devido à violação de pressuposto de normalidade das distribuições dos dados obtidos nas duas subescalas.

Para testar a Hipótese 2, foram utilizados testes não paramétricos, uma vez que nenhuma das variáveis tinha distribuição normal. Para averiguar se as perceções relativamente às práticas típicas e às práticas ideais variavam em função da idade, anos de experiência em IPI e formação complementar (especialização), foi utilizado o teste de *Mann-Whitney*. Para verificar se as perceções acerca das práticas típicas e as práticas ideais variavam em função da categoria profissional, aplicou-se o teste de *Kruskal Wallis*.

Para testar a Hipótese 3, e uma vez que as variáveis em estudo não apresentam distribuição normal, utilizou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para verificar se as perceções acerca das práticas típicas e das práticas ideais variavam em função das perceções dos profissionais em relação ao tipo de funcionamento da equipa. Com base nesta variável, foram criados dois grupos, sendo que um incluía apenas os profissionais que assinalaram o ponto item 7, correspondente ao funcionamento transdisciplinar, e o

outro incluía todos os outros profissionais, que assinalaram valores entre 1 e 6. Esta análise foi complementada com o cálculo do coeficiente de correlação de Spearman (devido à violação do pressuposto de normalidade), no sentido de analisar as associações entre as perceções dos profissionais acerca das práticas típicas e práticas ideais e as suas perceções acerca do modo de funcionamento das equipas.

IV. Resultados

1. Percepções dos profissionais em relação às práticas típicas e às práticas ideais

O Quadro 1 expõe os dados descritivos obtidos para os itens e subescalas da FINESSE, permitindo identificar os itens com resultados médios superiores e inferiores e com maiores e menores discrepâncias entre as práticas típicas e as práticas ideais. O item Finalidade do objetivo é o que revela resultados médios superiores, nas práticas típicas e nas práticas ideais. Em contraste, o item Consultoria em contextos formais é o que apresenta resultados médios inferiores nas práticas típicas e nas práticas ideais.

Uma vez que os valores médios da discrepância entre as práticas típicas e as práticas ideais foram calculados com base na subtração dos valores das práticas típicas aos valores registados nas práticas ideais, valores mais próximos de zero indicam que as práticas típicas estão mais próximas das práticas ideais e, paralelamente, valores médios de discrepância mais distanciados de zero indicam que as práticas típicas estão mais afastadas das práticas ideais. As maiores discrepâncias entre as práticas típicas e as ideais foram encontradas nos itens Apresentação escritas do programa (brochuras, panfletos, etc.), Reuniões de planeamento de intervenção, Seleção dos resultados/objetivos e Consultoria em contextos formais (apoio em creche/jardim de infância). As práticas típicas e ideais com menor discrepância são Primeiros contatos – admissão, Equipamento, Filosofia da intervenção e Papel do responsável de caso.

Os resultados do teste de *Wilcoxon* relativos à comparação dos valores médios obtidos na subescala de práticas típicas e na subescala de práticas ideais indicam que as diferenças são estatisticamente significativas e de elevada magnitude ($Z = -10.56$, $p < .001$, $d = 1.35$).

Quadro 1

Estatísticas descritivas para os itens e subescalas da FINESSE

	Práticas típicas				Práticas ideais				Discrepância
	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Max.	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Max.	<i>M</i>
1.Apresentação escrita do programa	5.21	1.27	1	7	6.37	0.94	3	7	1.13
2.Contactos iniciais de referenciação	5.51	0.93	1	7	6.09	0.87	3	7	0.58
3.Primeiros contactos - admissão	5.93	0.97	3	7	6.36	0.77	3	7	0.42
4.Avaliação para planeamento da intervenção	5.13	1.14	1	7	6.13	0.95	2	7	0.98
5.Identificação das necessidades da família	5.95	1.34	2	7	6.60	0.96	3	7	0.62
6.Reuniões de planeamento da intervenção	5.43	1.05	1	7	6.51	0.64	5	7	1.07
7.Seleção dos resultados/objectivos	5.08	1.36	1	7	6.19	0.93	2	7	1.09
8.Os objectivos da família	5.95	1.08	1	7	6.31	0.87	4	7	0.64
9.Finalidade do objetivo	6.30	1.04	3	7	6.91	0.39	4	7	0.57
10.Equadramento da intervenção	5.90	1.46	1	7	6.57	0.90	2	7	0.64
11.Equipamento	5.78	0.98	2	7	6.32	0.84	4	7	0.52
12.Necessidades de comportamento alvo	5.61	1.18	1	7	6.51	0.77	3	7	0.88
13.Filosofia da intervenção	5.93	1.37	1	7	6.48	0.80	3	7	0.54
14. Foco da intervenção	5.82	1.06	2	7	6.56	0.69	3	7	0.75
15.Consultoria em contextos formais	4.92	2.14	1	7	6.03	1.52	1	7	1.09
16.Modelo de prestação de serviços de visitas domiciliária	5.67	1.37	1	7	6.55	0.80	2	7	0.88
17.Papel do responsável de caso	5.96	1.23	1	7	6.52	0.73	3	7	0.52
Subescalas	5.64	0.66	3.53	6.71	6.41	0.47	4.82	7	-

2. Comparação das médias obtidas nas subescalas de práticas típicas e de práticas ideais em função de variáveis sociodemográficas

2.1. Comparação de médias obtidas na subescala de práticas típicas

No Quadro 2 observam-se as médias obtidas na subescala de práticas típicas em função da idade, do tempo de experiência em IPI e da formação complementar (especialização).

Quadro 2

Comparação de médias obtidas nas práticas típicas em função da idade, do tempo de experiência em IPI e da formação complementar (especialização)

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>U</i>	<i>d</i>
Idade	≤ 35	85	5.64	0.60	3023.50	0.06
	> 35	75	5.68	0.69		
Experiência	≤ 4 anos	78	5.56	0.67	2671.50	0.32
	> 4 anos	82	5.76	0.59		
Especialização	Não	84	5.71	0.55	3115.50	0.16
	Sim	76	5.61	0.72		

Os resultados do teste de *Mann-Whitney* indicaram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas para as práticas típicas em função da idade ($p = .575$), do tempo de experiência em IPI ($p = .072$) e da formação complementar (especialização) ($p = .794$).

2.2. Comparação de médias obtidas na subescala de práticas ideais

O Quadro 3 apresenta as médias obtidas nas práticas ideais em função da idade, do tempo de experiência em IPI e da formação complementar (especialização).

Quadro 3

Comparação de médias obtidas nas práticas ideais em função da idade, do tempo de experiência em IPI e da formação complementar (especialização)

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>U</i>	<i>d</i>
Idade	≤ 35	85	6.41	0.48	3101	0.02
	> 35	73	6.42	0.45		
Experiência	≤ 4 anos	76	6.40	0.46	2884.50	0.09
	> 4 anos	82	6.44	0.47		
Especialização	Não	83	6.40	0.45	2891.50	0.09
	Sim	75	6.44	0.49		

Utilizando o teste de *Mann-Whitney*, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas para as práticas ideais em função da idade ($p = .996$), do tempo de experiência em IPI ($p = .420$) e da formação complementar (especialização) ($p = .441$).

Com o objetivo de determinar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as práticas típicas e as práticas ideais em função da categoria profissional dos profissionais, os resultados do teste de *Kruskal Wallis* indicaram que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre as medianas, $\chi^2(4, n = 157) = 1.02, p = .906$ e $\chi^2(4, n = 155) = 2.85, p = .584$, respectivamente.

2.3. Comparação das médias obtidas nas subescalas de práticas típicas e de práticas ideais em função do modelo de funcionamento da equipa

No Quadro 4 estão descritos os resultados médios das práticas típicas e das práticas ideais em função do modelo de funcionamento da equipa.

Quadro 4

Comparação de médias das práticas típicas e das práticas ideais em função do modelo de funcionamento da equipa

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>U</i>	<i>d</i>
Práticas típicas					
Funcionamento transdisciplinar	39	6.02	0.42	1258*	0.88
Outro funcionamento	121	5.54	0.65		
Práticas ideais					
Funcionamento transdisciplinar	39	6.47	0.46	2126.50	0.15
Outro funcionamento	119	6.40	0.47		

* $p < .001$.

Utilizando o teste de *Mann-Whitney*, com o objetivo de determinar se existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas nas práticas típicas e nas práticas ideais em função do funcionamento da equipa, verificou-se que os profissionais que consideram fazer parte de uma equipa transdisciplinar obtêm médias mais elevadas na subescala de práticas típicas do que os profissionais que relatam outro tipo de funcionamento da sua equipa. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas práticas ideais em função do tipo de funcionamento da equipa ($p = .433$).

2.4. Associações entre as perceções relativas às práticas típicas e às práticas ideais e as perceções acerca do tipo de funcionamento da equipa

No sentido de verificar a existência de associações entre as perceções relativas às práticas típicas e às práticas ideais e as perceções acerca do modo de funcionamento da equipa, foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman. A opção de utilizar esta

medida de associação relaciona-se com a violação do pressuposto de normalidade das variáveis em estudo. As análises efectuadas permitiram verificar a existência de uma correlação positiva moderada entre as percepções relativas às práticas típicas e as percepções acerca do tipo de funcionamento da equipa ($r_s = .44, n = 159, p < .001$). Não se verificou uma associação entre as percepções acerca das práticas ideais e as percepções acerca do tipo de funcionamento da equipa ($r_s = .09, n = 157, p = .121$).

V. Discussão de resultados

Neste capítulo, os resultados obtidos no presente estudo serão discutidos, tendo como referência os resultados de investigações prévias, procurando clarificar em que medida as hipóteses de investigação se confirmaram. Por fim, serão apresentadas as limitações da presente investigação, sugestões para análises futuras e implicações práticas.

Os resultados descritivos obtidos permitem identificar os itens com resultados médios superiores e inferiores e com maiores e menores discrepâncias entre as práticas típicas e as práticas ideais. Especificamente, verificou-se que o item Finalidade do objetivo é o que revela resultados médios superiores, nas práticas típicas e nas práticas ideais, indicando que a finalidade de cada objetivo de intervenção é explícita, sabendo o profissional com exatidão por exemplo, porque é que cada competência que a criança deve aprender é necessária. Este resultado vai ao encontro dos resultados relatados por Dionísio (2009). Este é o item em que os profissionais de IPI se manifestam mais em concordância com as práticas recomendadas, relacionadas com a formulação de objetivos funcionais e significativos, necessários para o funcionamento das crianças nas rotinas diárias, em contextos naturais (Bruder, 2000, citado por Almeida, 2009). Note-se, contudo, que estudos que analisaram diretamente a qualidade dos objetivos, incluídos em PIAF ou PEI de crianças Portuguesas, encontraram objetivos de qualidade moderada (Campelo & Nunes (2008) ou pobre (Boavida et al., 2010). Noutra investigação, efetuada por Salisbury e colaboradores (2010), foi demonstrado que a maior parte dos objetivos definidos no PIAF tinham características que não iriam aumentar a interação das crianças com os adultos ou com os objetos.

Em contraste, o item Consultoria em contextos formais, que se refere ao apoio dado pelos profissionais em contexto de creche/jardim de infância, é o que apresenta resultados médios inferiores tanto nas práticas típicas, como nas práticas ideais. No que diz respeito às práticas típicas, os profissionais consideram que a intervenção é efetuada, primordialmente, na sala de creche e/ou jardim de infância, recorrendo a atividades de grupo. No que diz respeito às práticas ideais, os profissionais consideram que se deveria recorrer a atividades individualizadas, dentro das rotinas. Este resultado parece indicar que os profissionais estão a implementar intervenções que não vão totalmente ao encontro das práticas recomendadas, segundo as quais a intervenção direta deve ser

efetuada pelo educador da sala, sem que os profissionais retirem a criança da sala para prestar apoio individualizado ou em pequenos grupos (R. A. McWilliam, 2010a). Contudo, apesar do item Consultoria revelar os resultados médios mais baixos de toda a escala, nas práticas típicas e nas práticas ideais, os resultados médios destas últimas apresentam-se próximos do valor máximo da escala, o que revela que os profissionais reconhecem as práticas recomendadas. É de realçar que o item Consultoria em contextos formais é o que apresenta uma menor discrepância entre as práticas típicas e ideais no estudo de Dionísio (2009); contudo, no presente estudo, é o que apresenta uma maior discrepância. Pode-se supor que esta diferença, entre o presente estudo e o estudo de Dionísio, pode ser explicada pelo facto de as equipas que participaram no estudo de Dionísio pertencerem ao Distrito de Coimbra, no qual a IPI existe desde 1989, e de os nossos participantes trabalharem numa região que só ficou totalmente abrangida pelos serviços de IPI no final de 2008 (Franco & Apolónio, 2008). Integrados em equipas recentes, é possível que os profissionais desta região possam estar a recorrer, ainda, a modelos de intervenção provenientes do ensino e da educação especial, cujas práticas são centradas na criança. O resultado também pode ser explicado pelo facto da IPI em Coimbra, na altura da realização do estudo de Dionísio (2009), abranger apenas a população dos 0 aos 3 anos, parcialmente integrada em creche e não integrada em jardim de infância.

As maiores discrepâncias entre as práticas típicas e as práticas ideais foram encontradas no item anteriormente referido e também nos itens Apresentação escrita do programa, Reuniões de planeamento de intervenção e Seleção dos resultados/objetivos. Estes resultados são corroborados pelo estudo de Dionísio (2009), nomeadamente no que diz respeito aos itens Apresentação escrita do programa e Seleção dos resultados/objetivos. Paralelamente, as práticas típicas e ideais com menor discrepância no nosso estudo são Primeiros contatos – admissão, Equipamento, Filosofia da intervenção e Papel do responsável de caso. No estudo de Dionísio (2009), verifica-se uma tendência de menor discrepância entre as práticas típicas e ideais nos itens Consultoria em contextos formais, Filosofia de intervenção, Finalidade do objetivo e Identificação das necessidades da família. Estes resultados permitem traçar um perfil das práticas adotadas, assim como daquelas que os profissionais gostariam de utilizar, recorrendo aos descritores mais próximos dos valores médios obtidos em cada item da FINESSE, nas práticas típicas e nas práticas ideais. Os valores médios obtidos, nas práticas típicas, indicam que as práticas se aproximam, em todos os itens, do descritor 5,

exceto no item 9, Finalidade do objetivo, que apresenta um valor médio mais próximo do descritor 7. Os valores médios obtidos, nas práticas ideais, indicam que as práticas se aproximam em todos os itens do descritor 7. O Quadro 5 sistematiza esta informação de forma descritiva.

Quadro 5

Perfil dos profissionais das ELI do Alentejo quanto às práticas típicas e ideais

Itens da FINESSE	Práticas típicas	Práticas ideais
1. Apresentação escrita do programa	Materiais escritos <i>mencionam</i> o apoio emocional, material e de informação para a família	Materiais escritos <i>ênfaticam</i> o apoio emocional, material e de informação para as famílias
2. Contactos iniciais de referenciação	Descrevem o programa em termos de intervenção para a criança, <i>mencionando</i> o apoio à família	Descrevem o programa <i>essencialmente</i> em termos de apoio à família
3. Primeiros contactos – admissão	Descrevem a intervenção dirigida à criança, incluindo, apenas, <i>algumas</i> perguntas para perceber as questões para as quais a família pretende obter respostas	Centram-se <i>essencialmente</i> em perguntas dirigidas à família para perceber quais as questões para as quais precisam de uma resposta e em perguntas para conhecer melhor a família
4. Avaliação para planeamento da intervenção	Utilizam instrumentos baseados em currículos <i>e</i> em entrevistas baseadas nas rotinas, que se focam tanto nos domínios tradicionais do desenvolvimento, como no funcionamento da família e envolvimento, relações sociais e independência da criança	Utilizam <i>entrevistas baseadas nas rotinas</i> , que se focam no funcionamento da família e no envolvimento, relações sociais e independência da criança
5. Identificação das necessidades da família	Conversam <i>ocasionalmente</i> com a família sobre as suas aspirações e necessidades	Conversam <i>regularmente</i> com a família sobre as aspirações e necessidades da família
6. Reuniões de planeamento da intervenção	<i>Discutem as necessidades da criança e da família e estratégias de intervenção funcionais</i> , sendo que os pais se encontram ativamente envolvidos na conversa, mas as estratégias discutidas não são baseadas nas rotinas	<i>Colocam somente questões e ouvem</i> os pais a discutir, no âmbito de reuniões de planeamento da intervenção e da construção do PIAF, as suas próprias rotinas, prioridades e preocupações
7. Selecção dos resultados/objectivos	Selecionam os objetivos a partir das <i>preocupações da família</i> e não segundo uma entrevista baseada nas rotinas	Selecionam os objetivos de intervenção a partir de uma <i>entrevista baseada nas rotinas</i>
8. Os objectivos da família	Incluem no PIAF/PEI os objetivos de envolvimento da família e os objetivos da família relacionados com a criança, assim como objetivos relacionados com a criança	Incluem no PIAF/PEI os objetivos da família, <i>não relacionados</i> com a criança, bem como os objetivos da criança

Quadro 5 (continuação)

Perfil dos profissionais das ELI do Alentejo quanto às práticas típicas e ideais

Itens da FINESSE	Práticas típicas	Práticas ideais
9.Finalidade do objetivo	Apresentam <i>explicitamente</i> a finalidade de cada objetivo da intervenção, sabendo com precisão porque é que estão a trabalhar cada objetivo	Apresentam <i>explicitamente</i> a finalidade de cada objetivo da intervenção, sabendo com precisão porque é que estão a trabalhar cada objetivo
10.Enquadramento da intervenção	Mudam <i>significativamente</i> as rotinas existentes através das atividades propostas	Tentam provocar <i>pouca</i> alteração das rotinas existentes com as atividades propostas
11.Equipamento	Utilizam algum equipamento destinado a <i>facilitar</i> o desenvolvimento e/ou prevenir futuros problemas	Utilizam o equipamento especializado apenas quando necessário para um bom funcionamento das rotinas diárias
12. Necessidades de comportamento alvo ²	Recomendam comportamentos alvo <i>úteis</i> para o funcionamento nas rotinas diárias	Recomendam comportamentos alvo <i>necessários</i> para o funcionamento nas rotinas diárias
13.Filosofia da intervenção	Utilizam como filosofia de intervenção o treino dos pais para a educação dos seus filhos e <i>para desempenharem papéis de defesa dos seus direitos</i>	Utilizam uma filosofia de intervenção que consiste em <i>apoiar a família</i>
14. Foco da intervenção	Utilizam objetivos relacionados com o contexto, mas <i>não</i> são baseados nas rotinas	Utilizam uma intervenção com objetivos <i>baseados</i> nas rotinas
15.Consultoria em contextos formais	<i>Intervêm recorrendo, maioritariamente, a atividades de grupo</i>	<i>Utilizam atividades individualizadas dentro das rotinas na intervenção em sala de creche/jardim de infância</i>
16.Modelo de prestação de serviços de visitas domiciliária	Intervêm recorrendo a um modelo transdisciplinar <i>modificado</i> , ou seja, um educador ou outro profissional generalista providencia visitas domiciliárias de forma regular e recebe apoio/consultoria de especialistas	Intervêm no domicílio recorrendo a um modelo transdisciplinar <i>puro</i> , ou seja, qualquer profissional da equipa providencia visitas domiciliárias, de forma regular e recebe apoio de outros profissionais

² Na versão distribuída aos profissionais, o item foi formulado, da forma apresentada, mas recomenda-se a sua reformulação para Necessidade dos comportamentos alvo, em subseqüentes revisões da FINESSE.

17. Papel do responsável de caso

Ouvem as preocupações dos pais e *modelam e ensinam* os pais

Providenciam apoio material, emocional e de informação, conversando com a família

Também no estudo de McWilliam et al. (2007), sobre a avaliação dos serviços prestados pela intervenção precoce às famílias, em ambientes naturais, os resultados revelam que existe uma discrepância entre as práticas típicas dos profissionais e as consideradas ideais. Um outro estudo, realizado na Finlândia, em 2009, revela que existem grandes diferenças entre as práticas típicas e as práticas ideais (Rantala et al., 2009). Este estudo tinha como objetivo avaliar o estado das práticas em intervenção precoce na Finlândia e comparar os resultados com os dados americanos. Os resultados americanos revelam uma pontuação mais elevada nas práticas típicas relativamente às apresentações escritas do programa, ao enquadramento da intervenção e ao equipamento, comparativamente à Finlândia. No entanto, algumas práticas ideais obtiveram uma pontuação superior na Finlândia, nomeadamente no que diz respeito ao foco da intervenção, ao modelo de prestação de serviços de visita domiciliária e ao papel do responsável de caso. Os resultados obtidos no nosso trabalho não vão ao encontro dos resultados encontrados nestes dois estudos, sugerindo que a realidade da IPI nos EUA e na Finlândia é diferente da realidade da IPI em Portugal.

A primeira hipótese referia-se à existência de diferenças entre as perceções que os profissionais de IPI têm em relação às práticas típicas nas ELI do Alentejo e às práticas consideradas ideais, sendo que os resultados mostraram que as práticas ideais têm médias superiores às práticas típicas, tal como era esperado. Os estudos realizados por Bailey (1994, citado por Almeida, 2009), Dionísio (2009), R. A. McWilliam et al. (2007) e Rantala et al. (2009) corroboram a existência de discrepâncias entre as práticas típicas e as práticas ideais, aparecendo estas últimas com cotações mais elevadas do que as primeiras. Este resultado vai ao encontro de muitos estudos que indicam que as práticas recomendadas (baseadas em evidências empíricas) não são ainda plenamente utilizadas pelos profissionais (Dunst et al., 2008).

As investigações revelam que um fator que pode explicar alguns padrões de respostas dos profissionais prende-se com a questão da desejabilidade social, isto é, os profissionais sabem de antemão que nos instrumentos de avaliação com formatos idênticos ao da FINESSE, os itens com cotações mais elevadas correspondem às práticas recomendadas, podendo tal formato conduzir a um fácil reconhecimento da prática ideal, e, portanto, recomendada e, conseqüentemente, a discrepâncias entre as práticas típicas e as práticas ideais (R.A. McWilliam et al., 2007; Rantala et al., 2009). Salienta-se, contudo, que a discrepância entre as práticas típicas e as práticas ideais poderá remeter para o facto de os profissionais não estarem a colocar em prática o que

reconhecem ser o mais adequado. Assim, parece fulcral tentar perceber o porquê das dificuldades dos profissionais em implementarem as práticas recomendadas.

No que diz respeito à segunda hipótese da investigação, eram esperadas diferenças entre as percepções que os profissionais das ELI do Alentejo têm em relação às suas práticas típicas e às práticas consideradas ideais, quando consideradas as variáveis idade, tempo de experiência profissional em IPI, formação de base e formação complementar. Estas diferenças não foram confirmadas pelos resultados obtidos. Estes resultados não estão em concordância com os resultados relatados por Gronita et al. (2011), segundo os quais a variável tempo de experiência em IPI está associada à obtenção de resultados mais elevados nas práticas ideais. Já no que concerne às práticas típicas, os estudos não são conclusivos quanto à influência desta variável (Gronita et al., 2011; McWilliam et al., 2000; Pereira & Serrano, 2009). Do mesmo modo, os resultados deste estudo não confirmam a associação entre a formação de base do profissional de IPI e os valores obtidos nas práticas típicas, relatada por Pereira e Serrano (2009). Contudo, os resultados obtidos vão ao encontro dos resultados relatados por Dionísio (2009), segundo os quais as variáveis idade, tempo de experiência do profissional em IPI, formação de base e formação complementar, assim como a frequência de ações de formação, não estavam associadas à percepção dos profissionais relativamente às práticas típicas e às práticas ideais.

No que concerne à terceira hipótese de investigação, esperava-se encontrar diferenças entre as percepções que os profissionais das ELI do Alentejo têm em relação às práticas típicas e às práticas consideradas ideais em função do modelo de funcionamento da equipa. Os resultados mostraram pontuações mais elevadas nas práticas típicas, quando os profissionais percebem o modo de funcionamento da sua equipa como transdisciplinar. É possível que a supervisão proporcionada pela equipa, a reflexão sobre a intervenção e os novos conhecimentos daí adquiridos, bem como a própria dinâmica de funcionamento decorrente da transdisciplinaridade, permitam ao profissional de IPI ter práticas típicas mais próximas das práticas ideais. Ou seja, apesar de todos os profissionais apresentarem ideias semelhantes em relação às práticas que deveriam estar a implementar (práticas ideais), os profissionais que consideram estar integrados em equipas com funcionamento transdisciplinar relatam intervenções mais próximas das práticas recomendadas. No estudo realizado por Pimentel (2005), verificou-se uma quase inexistente prática transdisciplinar. No nosso estudo, cerca de um quarto da amostra considera que a sua equipa apresenta um funcionamento

transdisciplinar. Esta diferença de resultados poderá dever-se ao facto de o nosso estudo e o de Pimentel (2005) terem uma diferença cronológica de sete anos, o que poderá mostrar uma evolução. Contudo, é importante realçar que o nosso estudo utiliza um instrumento diferente do utilizado por Pimentel (2005), o que também poderá ter implicações nos resultados obtidos.

Os resultados obtidos parecem demonstrar que quer as perceções das práticas típicas dos profissionais, quer as práticas que consideram ideais, não correspondem totalmente às práticas recomendadas. As discrepâncias, entre as práticas típicas e as ideais, parecem evidenciar que os profissionais ainda não estão a conseguir aplicar as práticas que consideram ideais. Esta discrepância poder-se-á dever ao facto de, na nossa amostra, apenas 3% dos profissionais terem especialização em IPI. No estudo de Mendes et al. (2010), concluiu-se que a formação dos profissionais, tanto ao nível da formação base, como da formação especializada constitui um fator que determina a qualidade do serviço prestado em IPI. Outro fator relevante é a existência de supervisão, pois esta permite que o foco da intervenção permaneça nas práticas baseadas na evidência, ao promover nos profissionais uma reflexão acerca do trabalho efetuado e uma atualização constante. Mendes (2010) refere que, para que se realizem mudanças nas práticas de IPI existentes, é necessário que os profissionais promovam o seu crescimento profissional, revelando-se, então, necessário um maior investimento na formação dos profissionais em práticas recomendadas. Desta forma, revela-se importante os programas de IPI proporcionarem essa formação, de preferência, após a realização de autoavaliações em relação às práticas, para promover a sua melhoria (Aych et al., 2004). Verifica-se que, em Portugal, são raros os programas de IPI que têm efetuado uma avaliação sistemática das suas práticas, motivo que leva Bairrão e Almeida (2003) a referir que é fundamental recorrer a instrumentos de avaliação adequados à nossa realidade e que ilustrem as práticas realizadas. Pimentel (2005) acrescenta que, em Portugal, e apesar de todas as vantagens das práticas centradas na família, verifica-se ainda um caminho a percorrer para atingir, na sua plenitude, a filosofia subjacente à IPI.

Após terem sido discutidos os resultados obtidos é importante ter em conta um conjunto de limitações que estão inerentes às opções conceptuais e metodológicas que serviram de guia para o presente trabalho de investigação. As limitações identificadas exigem prudência na interpretação dos resultados obtidos e permitem sugerir recomendações para futuras investigações a realizar neste domínio.

No que diz respeito às limitações de carácter metodológico, deve-se referir que as análises realizadas não tiveram em consideração a estrutura hierárquica da amostra, isto é, não consideram o facto de vários profissionais pertencerem à mesma equipa, o que tem implicações em termos de independência dos dados. Recomenda-se que futuras investigações considerem o facto de as perceções dos profissionais relativamente às práticas da sua equipa serem, muito provavelmente, mais semelhantes entre si do que a perceção de profissionais que integram equipas diferentes, recorrendo a análises multinível. É importante referir, ainda, que o instrumento utilizado no presente estudo permite recolher dados acerca das perceções dos profissionais sobre as práticas e não acerca da qualidade das práticas propriamente ditas. Assim, ponderamos a importância de, no futuro, se avaliar a prática dos profissionais, com base na observação participada, com o objetivo de retratar, de facto, as práticas utilizadas pelos profissionais. Futuras linhas de investigação poderão, ainda, incidir sobre um conhecimento mais aprofundado do instrumento utilizado, ao incluir, por exemplo, a realização de uma análise de componentes principais para conhecer melhor a estrutura da escala, e a forma como se organizam os itens, verificando em que medida os componentes identificados por R. A. McWilliam et al. (2007) se verificam na nossa amostra.

Apesar das limitações que foram referidas, pensamos que esta investigação é o primeiro estudo efetuado em que se teve em conta a perceção dos profissionais da IPI no Alentejo em relação às suas práticas típicas e às práticas que consideram ideais. Os resultados obtidos neste estudo, apesar de não deverem, nem poderem, ser extrapolados para a população portuguesa, podem ser generalizados para o Alentejo.

Do conjunto de resultados analisados e discutidos emergem algumas implicações práticas, tendo em vista a promoção das práticas dos profissionais das ELI do Alentejo, realçando a necessidade de: (a) transmitir aos profissionais de IPI informações sobre as práticas recomendadas, através de ações de formação; (b) considerar os resultados da presente investigação para o planeamento de futuras formações; (c) utilizar os itens da FINESSE como guia das práticas recomendadas, dado que as práticas consideradas ideais pelos profissionais de IPI do Alentejo se aproximam dos valores máximos da escala. Com vista a uma promoção das práticas recomendadas, seria importante dar continuidade à presente investigação, de modo a se perceber os motivos subjacentes às discrepâncias entre as práticas típicas e as práticas ideais. Esta compreensão poderá ajudar a fundamentar mudanças no funcionamento do SNIPI, nomeadamente no que diz respeito aos recursos a proporcionar aos profissionais, para que estes utilizem práticas

baseadas em evidências.

Concluindo, e remetendo para o que foi referido no início desta dissertação, é fundamental compreender o modo como os profissionais, que diariamente desenvolvem a sua prática junto de crianças e famílias apoiadas em IPI, avaliam a sua própria intervenção, e, simultaneamente, investigar as suas perceções acerca das práticas ideais, tendo em conta o seu conhecimento e a sua experiência. Assim, parece de extrema importância que se dê continuidade a esta linha de investigação, com o fim de conhecer a realidade dos profissionais do restante território nacional.

VI. Referências Bibliográficas

- Aguiar, C., Moiteiro, A. R., Correia, N., & Pimentel, J. S. (2011). Desenhos de investigação de sujeito único em educação especial. *Análise Psicológica*, 1 (XXIX), 167-178.
- Almeida, I. C. (2009). *Estudos sobre intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação.
- Almeida, I. C., Carvalho, L., Ferreira, V., Grande, C., Lopes, S., Pinto, A. I., . . . Serrano, A. M. (2011). Práticas de intervenção precoce baseadas nas rotinas: Um projeto de formação e investigação. *Análise Psicológica*, 1 (XXIX), 83-98.
- Aytch, L. S., Castro, D. C., & Selz-Campbell, L. (2004). Early intervention services assessment scale (EISAS): Conceptualization and development of a program quality self-assessment instrument. *Infants & Young Children*, 17(2), 236-246.
- Bailey, D. B., Bruder, M., Hebbeler, K., Carta, J., Defosset, M., Greenwood, C., Kahn, . . . Barton, L. (2006). Recommended outcomes for families of young children with disabilities. *Journal of Early Intervention*, 28(4), 227-251.
- Bailey, D. B., McWilliam, R. A., Darkes, L. A., Hebbeler, K., Simeonsson, Rune, J., . . . Spiker, D. (1998). Family outcomes in early intervention: A framework for program evaluation and efficacy research. *Exceptional Children*, 6(3), 313-328
- Bairrão, J., & Almeida, I. C. (2003). *Contributos para o estudo das práticas de intervenção precoce em Portugal*. Lisboa: Departamento da Educação Básica, NOEEE, Ministério da Educação.
- Bernheimer, L. P., & Keogh, B. K. (1995). Weaving interventions into the fabric of everyday life: An approach to family assessment. *Topics in Early Childhood Special Education*, 15(4), 415-433.
- Blue-Banning, M., Summers, J. A., Frankland, H. C., Nelson, L. L., & Beegle, G. (2004). Dimensions of family and professional partnership: Constructive guidelines for collaboration. *Exceptional Children*, 70(2), 167-184.
- Boavida, T., Aguiar, C., McWilliam, R. A., & Pimentel, J. S. (2010). Quality of individualized education program goals of preschoolers with disabilities. *Infants & Young Children*, 23(3), 233-243.

- Boavida, J., Carvalho, L., & Espe-Sherwindt, M. (2009). Early childhood intervention in Portugal: Interplay of family centered, community based and interdisciplinary factors. In B. Carpenter, J. Schloesser & J. Egerton (Eds.), *European in early childhood intervention* (pp.1-25). Eurllyaid.
- Breia, G., Almeida, I. C., & Colôa, J. (2004). *Conceitos e práticas em intervenção precoce*. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.
- Bricker, D. (2001). The natural environment: A useful construct? *Infants & Young Children, 13*(4), 21-31.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Development Psychology, 22*(6), 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. In P. Moen, G.H. Elder, Jr. & K. Luscher (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (pp.619-647). Washington: DC: American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U. (2005). Making human beings human: Bioecological perspectives on human development. In R. M. Lerner (Ed.), *The bioecological theory of human development* (pp.3-15). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (5th. ed. pp. 993-1028), Vol.1: Theoretical models of human development. New York: John Wileys and Sons.
- Bruder, M. B. (2005). Service coordination and integration in a developmental systems approach to early intervention. In M. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 29-58). Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes.
- Buyse, V., & Wesley, P. (2005). *Consultation in early childhood settings*. London: Paul H. Brookes Publishing.
- Campbell, P. H., & Halbert, J. (2002). Between research and practice: Provider perspectives about early intervention. *Topics in Early Childhood Special Education, 22*(4), 213-226.

- Campbell, P. H., & Sawyer, L. B. (2004). *Natural Environments Rating Scale*. Retirado de http://jeffline.jefferson.edu/cfsrp/pdfs/NERatingScale_directionsandform.pdf
- Campbell, P. H., & Sawyer, L. B. (2009). Changing early intervention provider's home visiting skills through participation in professional development. *Topics in Early Childhood Special Education*, 28(4), 219-234.
- Campelo, L. F., & Nunes, C. (2008). A avaliação das práticas centradas na família através dos planos individualizados de apoio à família. *INFAD, Revista de Psicologia*, 1, 55-62.
- Cara-Linda, M. A. R. (2007). *Abordagem centrada na família: Avaliação de práticas num projeto de intervenção precoce*. Tese de mestrado na área de Psicologia Educacional apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa: ISPA.
- Carpenter, B. (2005). Early childhood intervention: Possibilities and prospects for professionals, families and children. *British Journal of Special Education*, 32(4), 176-183.
- Carpenter, B. (2007). The impetus for family-centred early childhood intervention. *Child: Care, Health and Development*, 33(6), 664-669.
- Carpenter, S. L., King, M. E., & Keys, S. G. (1998). Counselors + educators + families as a transdisciplinary team = more effective inclusion for students with disabilities. *Professional School Counseling*, 2(1), 1-9.
- Chai, A. Y., Zhang, C., & Bisberg, M. (2006). Rethinking natural environment practice: Implications from examining various interpretations and approaches. *Early Education Journal*, 34(3), 203-208.
- Childress, D. C. (2004). Special instruction and natural environments: Best practices in early intervention. *Infants & Young Children*, 17(2), 162-170.
- Cutspec, P. A. (2004). Bridging the research-to-practice gap: Evidence-based education. *Centerscope*, 2(2), 1-8.
- Decreto- Lei n.º 281/2009. *Diário da República*, 1ª Série, n.º193- 6 de outubro de 2009, pp. 7298-7301.
- Dempsey, I., & Keen, D. (2008). A review of processes and outcomes in family-centered services for children with a disability. *Topics in Early Childhood Special Education*, 28, 42-52.

- Despacho Conjunto nº 891/99. *Diário da República*, 2ª Série, n.º 244, de 19 de outubro de 1999. Lisboa: Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade, pp.15566-15568.
- Dionísio, S. (2009). *A Intervenção precoce nos ambientes naturais - os técnicos do projeto integrado de intervenção precoce do distrito de Coimbra* (Dissertação de Licenciatura não publicada). Universidade do Algarve - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Departamento de Psicologia, Faro.
- Dunst, C. J. (2000). Apoiar e capacitar as famílias em intervenção precoce: O que aprendemos. In L. M. Correia., & A. M. Serrano (Orgs.), *Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (Coleção Educação Especial, 2, pp. 77-92). Porto: Porto Editora.
- Dunst, C. J. (2006). *Parent-mediated everyday child learning opportunities: I. Foundations and operationalization*. CASEinPoint. Retirado de www.fippcase.org/caseinpoint/caseinpoint_vol2_no2.pdf
- 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*. Retirado de <http://everydaylearning.info/lov1-2.php>
- Dunst, C. J., & Bruder, M. B. (2002). Valued outcomes of service coordination, early intervention and natural environments. *Exceptional Children*, 68(3), 361-375.
- Dunst, C. J., Bruder, M. B., Trivette, C., & Hamby, D. (2006). Everyday activity settings, natural learning environments, and early intervention practices. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3(1), 3-10.
- Dunst, C. J., Johanson, Trivette, C., & Hamby, D. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: Family-centered or not? *Exceptional Children*, 58, 115-126.
- Dunst, C. J., Trivette, C., & Cutspec, P. A. (2007). *Toward an operational definition of evidence-based practices* (Winterberry Research Perspectives Vol. 1, No. 1). Asheville, NC: Winterberry Press.
- Dunst, C. J., Trivette, C., Humphries, T., Raab, M., & Roper, N. (2001). Contrasting approaches to natural learning environment interventions. *Infants & Young Children*, 14(2), 48-63.

- Dunst, C. J., Trivette, C., Raab, M., & Masiello, T. L. (2008). Early child contingency learning and detection: Research evidence and implications for practice. *Exceptionality*, 14(4), 4-17.
- Eurlyaid (2009). *European developments in early childhood intervention*. The European Association on Early Intervention. Retirado de <http://www.eurlyaid.net>
- Figueiredo, A. (2008). *Envolvimento familiar no processo educativo da criança com incapacidades: Perceção dos educadores de ensino especial e dos encarregados de educação* (Dissertação de Licenciatura não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, especialidade em Psicologia Educacional, Lisboa.
- Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*, 11(1), 113-121.
- Franco, V., & Apolónio, A. (2008). *Avaliação do impacto da intervenção precoce no Alentejo – criança, família e comunidade*. Évora: Administração Regional de Saúde.
- Garbarino, J., & Ganzel, B. (2000). The human ecology of early risk. In Shonkoff, J. & Meisels, S. (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd. ed., pp. 76 - 93). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gallagher, R. J., LaMontage, M., & Johnson, L. (2000). Intervenção precoce: Um desafio à colaboração. In L. M. Correia., & A. M. Serrano (Orgs.), *Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (Coleção Educação Especial, 2, pp. 65-76). Porto: Porto Editora.
- Gallagher, R. J., & Tramill, J. L. (2000). Para além da parte H: Implicações da legislação de intervenção precoce na organização de parcerias de colaboração escola/comunidade. In L. M. Correia., & A. M. Serrano (Orgs.), *Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (Coleção Educação Especial, 2, pp. 33-64). Porto: Porto Editora.
- Gronita, J., Matos, C., Pimentel, J. S., Bernardo, A. C., & Marques, J. D. (2011). *Intervenção precoce - O processo de construção de boas práticas* (Relatório final não publicado). Cooperativa Torreguia. Lisboa.

- Guralnick, M. J. (1998). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 319–345.
- Guralnick, M. J. (2001). A developmental systems model for early intervention. *Infants & Young Children*, 14(2), 1-18.
- Guralnick, M. J. (2005). *The developmental systems approach to early intervention*. London: Paul H. Brookes Publishing.
- Hanft, B. E., & Pilkington, K. O. (2000). Therapy in natural environments: The means or end goal for early intervention? *Infants & Young Children*, 12(4), 1-13.
- Harbin, L. G., McWilliam, R. A., & Gallagher, J. J. (2000). Services for young children with disabilities and their families. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd. ed., pp. 387-415). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hebbeler, K., Spiker, D., Bailey, D., Scarborough, A., Mallik, S., Simeonsson, R., . . . Nelson, L. (2007). *Early intervention for infants and toddlers with disabilities and their families: Participants, services, and outcomes*. Final Report of the National Early Intervention Longitudinal Study (NEILS). Retirado de http://www.sri.com/neils/pdfs/NEILS_Final_Report_02_07.pdf
- Ingber, S., & Dromi, E. (2010). Actual versus desired family-centered practice in early intervention for children with hearing loss. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 15(1), 59-71.
- Jivanjee, P., Friesen, B., Kruzich, J., Robinson, A., & Pullmann, M. (2002). Family participation in systems of care: Frequently asked questions (and some answers). *CWTAC Updates*, 5(1), 1-7.
- Jung, L. A. (2003). More better: Maximizing natural learning opportunities. *Young Exceptional Children*, 6(3), 21-26.
- Jung, L. A. (2010). Identifying families' supports and other resources. In R. McWilliam (Ed.), *Working with families of children with special needs* (pp. 9-25). New York, NY: The Guilford Press.
- Jung, L. A., & Baird, S. M. (2003). Effects of service coordinator variables on individualized family service plans. *Journal of Early Intervention*, 25, 206-218.
- Jung, L.A., & McWilliam, R. A. (2005) Reliability and validity of scores on the IFSP Rating Scale. *Journal of Early Intervention*, 27, 125-136.

- Law, M., Rosenbaum, P., King, G., King, S., Burke-Gaffney, J., Moning, J., Szkut,...Teplicky, R. (2003). What is family-centred service? *CanChild FCS Sheet Centre for Childhood Disability Research*. Retirado de <http://www.canchild.ca/en/childrenfamilies/resources/FCSSheet1.pdf>
- King, S., Strachan, D., Tucker, M., Duwyn, B., Desserud, S., & Shillington, M. (2009). The application of transdisciplinary model for early intervention services. *Infants & Young Children*, 22(3), 221-223.
- McBride, S.L. (1999). Research in review: Family-centred practices. *Young Children*, 54(3), 62-70.
- McBride, S., Brotherson, M., Joanning, H., Whiddon, D., & Demmit, A. (1993). Implementation of family – centered services: Perceptions of families and professionals. *Journal of Early Intervention*, 17(4), 414-430.
- McLean, M. E., Snyder, P., Smith, B. J., & Sandall, S. R. (2002). The DEC recommended practices in early intervention early childhood special education: Social validation. *Journal of Early Intervention*, 25(2), 120-128.
- McWilliam, P. J. (2003a). Entender as preocupações, prioridades e recursos da família. In P.J. McWilliam, P. J. Winton, & E. R. Crais (Eds.), *Estratégias práticas para intervenção precoce centrada na família* (pp. 39-64). Porto: Porto Editora.
- McWilliam, P. J. (2003b). Práticas de intervenção precoce centradas na família. In P. J. McWilliam, P. J. Winton, & E. R. Crais (Eds.), *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família* (pp. 9-22). Porto: Porto Editora.
- McWilliam, P. J., Winton, P. J., & Crais, E. R. (2003). *Estratégias práticas para a intervenção centrada na família*. Porto: Porto Editora.
- McWilliam, R. A. (2000). *Families in natural environments scale of service evaluation (FINESSE)*. University of North Carolina, Chapel Hill. Unpublished source.
- McWilliam, R. A. (2003). The primary-service-provider model for home-and community-based services. *Psicologia*, 17, 115-135.
- McWilliam, R. A. (2004). *The Vanderbilt home visit script*. Center for Child Development, Vanderbilt University Medical Center, Nashville, TN.
- McWilliam, R. A. (2008). *Families in natural environments scale of service evaluation (FINESSE)* (Dionísio, S., Martins, H., & Carvalho, L., tradução). University of North Carolina, Chapel Hill. Unpublished source. (publicação original 2000).

- McWilliam, R. A. (2010a). Assessing families' needs with the routines-based interview. In R. A. McWilliam (Ed.), *Working with families of children with special needs* (pp. 27-59). New York, NY: The Guilford Press.
- McWilliam, R. A. (2010b). Early intervention in natural environments: A five component model. *Early Steps*. Retirado de http://www.siskin.org/downloads/EINE_-_A_Five-Component_Model.pdf
- McWilliam, R. A., Casey, A. M., & Sims, J. (2009). The routines-based interview: A method for gathering information and assessing needs. *Infants & Young Children, 22*(3), 224-233.
- McWilliam, R. A., Ferguson, A., Harbin, G., Porter, P., Munn, D., & Vandiviere, P. (1998). The family-centeredness of Individualized Family Service Plans. *Topics in Early Childhood Special Education, 18*(2), 69.
- McWilliam, R. A., Rasmussen, J. L., & Snyder, P. (2007). *Measuring services to families in natural environments*. Unpublished manuscript, Vanderbilt University, Nashville, TN.
- McWilliam, R. A., Snyder, P., Harbin, G. L., Porter, P., & Munn, D. (2000). Professionals' and families' perceptions of family-centered practices in infant-toddler services. *Early Education & Development, 11*(4), 519-538.
- McWilliam, R. A., & Scott, S. (2001). A support approach to early intervention: A three-part framework. *Infants & Young Children, 13*(4), 55-66.
- McWilliam, R. A., Tocci, L., & Harbin, G. (1998). Family-centered services: Service providers' discourse and behavior. *Topics in Early Childhood Special Education, 18*(4), 206-221.
- Meisels, S. J., & Shonkoff, J. P. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd. ed., pp. 3-31). New York: Cambridge University Press.
- Mendes, E. (2010). *Avaliação da qualidade em intervenção precoce: Práticas no distrito de Portalegre*. (Tese de Doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto, Porto.
- Mendes, E., Pinto, A. I., & Pimentel, J. S. (2010). Qualidade das práticas em intervenção precoce: Uma prioridade. *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 3009-3023). Braga: Universidade do Minho.

- Moore, T., & Larkin, H. (2005). *More than my child's disability...: A comprehensive literature review about family-centered practice and family experiences of early childhood intervention services*. Victoria: Scope.
- National Early Childhood Technical Assistance Center, Work-group on Principles and Practices in Natural Environments. (2008). *Agreed upon practices for providing early intervention services in natural environments* (OSEP TA Community of Practice-Part C Settings). Retirado de <http://www.nectac.org>
- NC Department of Health & Human Services. (2002). *Growing up naturally. Early Intervention in natural environments: A guidance document for early intervention providers in North Carolina*. Raleigh: UC department of health & human services, division of PH, women's and children's health section, early intervention branch.
- NM Family Infant Toddler Program. (2002). *Technical assistance document: natural environments*. Retirado de <http://www.nectac.org/~pdfs/topics/inclusion/NMTAdoc.pdf>
- Pereira, A. P., & Serrano, A. M. (2009). *Práticas centradas na família em intervenção precoce: Um estudo nacional sobre práticas profissionais*. Atas do X congresso internacional galego-português de psicopedagogia (pp. 4589- 4604). Braga: Universidade do Minho.
- Pimentel, J. S. (2005). *Intervenção focada na família: Desejo ou realidade* (Coleção Livros do SNR, nº 23). Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência (SNRIPD).
- Pinto, A. I., Grande, C., Felgueiras, I., Almeida, I. C., Pimentel, J.S., & Novais, I. (2009). Intervenção e investigação em idades precoces - o legado de Joaquim Bairrão. *Psicologia*, XXIII (2), 21-42.
- Rantala, A., Uotinen, S., & McWilliam, R. A. (2009). Providing early intervention within natural environments: A cross-cultural comparison. *Infants & Young Children*, 22(2), 119-131.
- Rutland, J. H. (2007). *Services coordinator's use of routines to development early intervention outcomes: A study of Kentucky's IFSPs*. Science education's Master thesis present to Kentuckys' University, Kentucky.
- Salisbury, C. L., Woods, J., & Copeland, C. (2010). Provider perspectives on adopting and using collaborative consultation in natural environments. *Topics in Early Childhood Special Education*, 30(3), 132-147.

- Sandall, S., Hemmetter, M. L., Smith, B., & McLean, M. (2005). *DEC recommended practices: A comprehensive guide for application in early intervention/early childhood special education*. Longmont, CO: Sopris West.
- Sameroff, A. J. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development, 81*(1), 6–22.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2^a ed., pp 135-159). Cambridge University Press.
- Serrano, A. (2007). *Redes sociais de apoio e a sua relevância para a intervenção precoce*. Porto: Porto Editora.
- Serrano, A., & Correia, L. (2000). Intervenção precoce centrada na família: Uma perspetiva ecológica de atendimento. In L. M. Correia., & A. M. Serrano (Orgs.), *Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (Coleção Educação Especial, 2, pp. 11-32). Porto: Porto Editora.
- Shelden, M. L., & Rush, D. D. (2001). The ten myths about providing early intervention in natural environments. *Infants & Young Children, 14*(1), 1-13.
- Shelden, M. L., & Rush, D. D. (2005). *Using an evidence-based practice model in early childhood intervention*. Retirado de <http://www.coachinginearlychildhood.org/>
- Shelley-Sireci, L. M., & Racicot, L. (2000). Are natural environments unnatural? A survey of early intervention service providers. *NHSA Dialog, 4*(1), 123-147.
- Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (Eds.) (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge University Press.
- Smith, B. J., Strain, P. S., Snyder, P., Sandall, S. R., McLean, M. E., Ramsey, A. B., & Sumi, W. C. (2002). DEC Recommended practices: A review of 9 years of EI/ECSE research literature. *Journal of Early Intervention, 25*(2), 108-119.
- Subcomissão Regional do Alentejo (2010). *Relatório Anual de Atividades*. Retirado de <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/saudepublica/PromocaoSaude/IntervencaoPrecoce/Documents/Relatorio%20Atividades%20Sub-comissao%20Regional%20-%202010.pdf>
- Turnbull, A., Summers, J., Turnbull, R., Brotherson, J., Winton, P., Roberts, R., ... Stroup-Rentier, V. (2007). Family supports and services in early intervention: a bold vision. *Journal of Early Intervention, 29*(3), 187-206.

- Turnbull, A. P., Turbiville, V., & Turnbull, H. R. (2000). Evolution of family-professional partnerships: Collective empowerment as the model for the early twenty-first century. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 630-650). Cambridge: Cambridge University Press.
- Wetherby, A. M., & Woods, J. J. (2006). Early social interaction project for children with autism spectrum disorders beginning in the second year of life: A preliminary study. *Topics in Early Childhood Special Education, 26*(2), 67-82.
- Wolery, R. A., & Odom, S. L. (2000). *An administrator's guide to preschool inclusion*. Retirado de <http://www.cde.state.co.us/early/downloads/PreSpEdOnlineCourses/AdmGuide.pdf>
- Woods, J., & Kashinath, S. (2007). Expanding opportunities for social communication into daily routines. *Early Childhood Services, 1*(2), 13-154.
- Woods, J., Kashinath, S., & Goldstein, H. (2004). Effects of embedding caregiver-implemented teaching strategies in daily routines on children's communication outcomes. *Journal of Early intervention, 26*, 175-193.
- Woods, J., & Linderman, D. P. (2008). Gathering and giving information with families. *Infants & Young Children, 21*(4), 272-284.