

Universidade do Minho
Instituto de Educação

Carla Manuela Fernandes da Costa

Práticas centradas na Família e os Resultados Familiares: Avaliação de Práticas de Intervenção Precoce na perspetiva da Família



Universidade do Minho
Instituto de Educação

Carla Manuela Fernandes da Costa

**Práticas centradas na Família e os
Resultados Familiares: Avaliação de
Práticas de Intervenção Precoce na
perspetiva da Família**

Tese de Mestrado
Mestrado em Educação Especial – Área de Especialização
em Intervenção Precoce

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

Agradecimentos

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupéry

Crescemos enquanto pessoas através de momentos vividos com a família, amigos e mesmo pessoas estranhas que passam na nossa vida. Seja essa passagem breve ou longa, é sempre uma aprendizagem. Como tal, finalizando esta etapa não posso deixar de agradecer a todos aqueles que fazem parte da minha vida e que estiveram do meu lado ao longo deste percurso, pois este objetivo alcançado não é só meu, é de todos nós.

Começo por agradecer à minha orientadora, Doutora Ana Serrano, por todo o acompanhamento, por todas as sugestões do trabalho e por todas as palavras de incentivo, motivação e dedicação que foi passando ao longo desta caminhada.

Um sincero agradecimento ao Doutor Carl Dunst e à Doutora Joana Mas Mestre por toda a partilha, todas as indicações e apoio que fui solicitando ao longo deste percurso.

Ao Nuno, pelo carinho incondicional, pela amizade, pelo apoio em todos os momentos bons e menos bons e pelo conforto e segurança que me transmite. Um eterno obrigado por tudo e por nunca deixares de acreditar em mim.

À Doutora Estela Vilhena, pelo grande coração que tem, pela amizade, pela ternura e pela vontade incansável em apoiar-me. O meu muito obrigado.

Agradeço também a todos os meus amigos que, de forma direta ou indireta, de longe ou de perto me deram sempre forças e ânimo para continuar.

Um agradecimento especial ao Martin, pela paz e serenidade que me passou, pela amizade e por me fazer olhar para a vida com mais confiança e fé. Obrigada por teres aparecido na minha vida.

Por último, aos meus pais, Carlos e Isabel, pela paciência, pela força, pelo amor e por serem sempre o meu pilar. Obrigada pelo exemplo que me deram, por todos os valores que me transmitiram e por me fazerem tornar naquilo que sou hoje.

À minha irmã, Zélia, menina dos meus olhos, que me anima sempre com o seu sorriso e boa disposição e que mesmo sem saber, me dá forças e conforto todos os dias.

Aos meus pais e à minha irmã, dedico esta dissertação, porque sem vocês nada disto seria possível

Resumo

No decorrer das últimas décadas a Intervenção Precoce sofreu alguns avanços significativos originados por um conjunto de influências teóricas e práticas que tiveram como resultado uma mudança significativa da sua abordagem. Assim, esta passou a focar-se na família e não apenas na criança, utilizando uma abordagem a que hoje chamamos de Práticas Centradas na Família. Deste modo, o papel dos profissionais é o de reforçar as competências da família, para que esta se torne mais capaz, autónoma e consciente de todo o seu potencial como agente fundamental e principal no desenvolvimento da criança.

A presente investigação intitula-se de “Práticas Centradas na Família e os Resultados Familiares: Avaliação de Práticas de Intervenção Precoce na perspetiva da Família”, e tem como finalidade a análise da perceção das famílias sobre as práticas centradas na família utilizadas pelos profissionais, assim como os resultados parentais que advêm, direta ou indiretamente, dessas mesmas práticas. Este estudo usa como instrumento de recolha de dados a escala “Práticas Centradas na Família e os resultados Familiares”. Esta escala foi construída e adaptada à população portuguesa, tendo como base a versão longa da escala Family-Centered Practice Scale da autoria de Carl J. Dunst e Carol. M. Trivette, datado de 2004.

. A amostra é então composta por 92 famílias com crianças com necessidades especiais, de idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos, que usufruem dos serviços de Intervenção Precoce há pelo menos seis meses e que pertencem a algumas das ELI do norte e do centro do país. Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, do tipo exploratório-descritivo, correlacional e comparativo, com análises descritivas e inferenciais através das quais se pretende compreender e analisar os fenómenos em estudo, formulando hipóteses e analisando relações entre as variáveis.

Como principais resultados concluímos que há um uso positivo das práticas centradas nas famílias por parte dos profissionais e um aumento do uso das práticas participativas, verificando-se também uma correlação entre o uso das práticas centradas na família por parte dos profissionais e os resultados parentais positivos.

Palavras- Chave: Intervenção Precoce; Práticas Centradas na Família; Equipas Locais de Intervenção Precoce; Família; Profissionais.

Abstract

During the last decades, Early Intervention has undergone some significant advances stemming from a set of theoretical and practical influences that have resulted in a significant change of approach. Thus, it focused on the family and not on the child, using an approach that today we call Family-Centered Practices. In this way, the role of professionals is to strengthen the family's competencies, so that the family becomes more capable, autonomous and aware of its full potential as a fundamental and main agent in the child's development.

This study uses as a data collection tool the scale "Family Centered Practices and Family Results". This scale was built and adapted to the Portuguese population, based on the long version of the Family-Centered Practice Scale by Carl J. Dunst and Carol M. Trivette, dated 2004.

The present research is entitled "Family-Centered Practices and Family Outcomes: Evaluation of Practices of Early Intervention in the Family Perspective", and its purpose is the analysis of the families' perception of family-centered practices used by professionals, as well such as the parental results that come directly or indirectly from these same practices. The sample is then composed of 92 families with children with special needs, aged 0-6 years old, who have had Early Intervention services for at least six months and who belong to some ELI in the north and center of the country. In this sense, this is a quantitative, exploratory-descriptive, correlational and comparative study, using a questionnaire, with descriptive and inferential analysis, within which we intend to understand and analyze the phenomena under study, through the formulation of hypotheses, analyzing relations between variables.

As main results, we conclude that there is a positive use of the family centered practices by the professionals and an increase of the use of the participative practices, also being verified a correlation between the use of the family centered practices by the professionals and the positive parental results .

Keywords: Early Intervention; Family-Centered Practices; Local Early Intervention Teams; Family; Professionals.

Índice	
Resumo	IV
Abstract	V
Índice de Figuras	VII
Índice de Quadros	VIII
Índice de Tabelas	VIII
Introdução	7
I Capítulo – Revisão da Literatura	11
1. A Intervenção Precoce e as Práticas Centradas na família: Contextualização	11
2. Apoio social e sua relevância para a Intervenção Precoce	13
3. Modelo de Corresponsabilização (Empowerment) e promoção das capacidades da família	18
3.1. Intervenção Precoce Baseada nos Recursos	22
3.2 O Modelo da Terceira Geração de Dunst (2000) e a sua evolução	24
4. A Intervenção Precoce em Portugal – Legislação, percursos e investigação ...	33
5. A Intervenção Precoce no estrangeiro	37
II Capítulo – Metodologia da Investigação	42
1. Desenho da Investigação	42
2. Objetivos	43
3. Formulação das Hipóteses de Investigação	44
5. Definição da Amostra do estudo	45
6. Caracterização e Organização do Instrumento e Recolha de Dados	46
7. Procedimentos de recolha de dados	48
8. Método de Análise e Tratamento de dados	49
III Capítulo – Apresentação e Análise dos Resultados	50
1. Dados sociodemográficos	50
2. Análise de consistência interna da Escala	57

3. Análise de correlação e de associação	57
3.1. Correlação inter subescalas do questionário Escala de Práticas Centradas na Família e Resultados Familiares	57
3.2. Correlação entre as subescalas do questionário Escala de Práticas Centradas na Família e Resultados Familiares vs algumas variáveis	58
3.3. Associação entre o gênero vs itens da Escala de Práticas Centradas na Família e Resultados Familiares	59
3.4. Análise dos dados em função das hipóteses de investigação	60
IV Capítulo – Discussão dos Resultados	66
V Capítulo – Conclusões, Limitações e Recomendações	72
Referências Bibliográficas	74
ANEXOS	81
ANEXO A	82
Carta às subcomissões	82
ANEXO B	83
Carta à Família.....	83
ANEXO C	84
Consentimento Informado	84
ANEXO D	85
Consentimento para Referenciação.....	85
ANEXO E	86
Consistência Interna (α -Cronbach).....	86

Índice de Figuras

Figura 1-Cinco componentes essenciais do domínio do apoio social e suas relações ...	15
Figura 2-O Modelo das influências diretas e indiretas do apoio social.....	17
Figura 3-Quatro componentes fundamentais das práticas centradas na família.....	20
Figura 4-Componentes das práticas de Intervenção Precoce baseadas nos recursos.	24

Figura 5-Modelo que representa as influências diretas e indiretas do apoio social	27
Figura 6-Os quatro componentes do modelo dos sistemas familiares.....	29
Figura 7-Principais componentes de um modelo integrado e baseado na evidência para a intervenção precoce e o apoio à família.	31

Índice de Quadros

Quadro 1- Principais campos, elementos-chave e tópicos, em termos de corresponsabilização.....	19
Quadro 2- Características que diferenciam as práticas de intervenção precoce baseadas em serviços das práticas de intervenção precoce baseadas em recursos.	23
Quadro 3-As diferentes características de abordagens contrastantes na prática de trabalho com as famílias.	26

Índice de Tabelas

Tabela 1-Frequência absoluta (n) e relativa (%) de sujeitos em cada opção de resposta: Familiar.....	51
Tabela 2-Frequência absoluta (n) e relativa (%) de sujeitos em cada opção de resposta: crianças.	53
Tabela 3-Frequência absoluta (n) e relativa (%) de profissionais que apoiam a família e a criança.....	53
Tabela 4-Frequência absoluta (n) e relativa (%) de sujeitos em cada opção de resposta.	54
Tabela 5-Valores mínimo e máximo, média, desvio-padrão e coeficiente de variação de algumas variáveis sociodemográficas.	54
Tabela 6-Valores mínimo e máximo, média, desvio-padrão e coeficiente de variação: subescalas do questionário Escala de Práticas Centradas na Família e Resultados Familiares.	55
Tabela 7-Frequência de respostas de cada ítem da Escala de Práticas Centradas na Família e Resultados Familiares.....	56
Tabela 8- α -Cronbach na avaliação da consistência interna.....	57
Tabela 9-Correlação entre as subescalas do questionário Escala de Resultados e Práticas Centradas na Família.	58
Tabela 10-Correlação entre as subescalas do questionário Escala de Resultados e Práticas Centradas na Família vs algumas variáveis.	59

Tabela 11-Teste do quiquadrado entre género vs itens da Escala de Resultados e Práticas Centradas na Família	60
Tabela 12-Teste do quiquadrado de independência entre as práticas centradas na família por parte dos profissionais com o grau de escolaridade	61
Tabela 13-Teste do quiquadrado de independência entre as práticas centradas na família com a idade.....	61
Tabela 14-Teste U Mann-Whitney na comparação entre homens e mulheres (respondentes) quanto às Práticas Relacionais e Participativas.....	62
Tabela 15-Teste do QuiQuadrado de independência entre o estado civil e as práticas centradas na família.....	62
Tabela 16-Teste U Mann-Whitney na comparação entre graus de parentesco (respondentes) quanto às práticas relacionais e participativas	63
Tabela 17-Correlação entre as subescalas percepção das famílias acerca das práticas centradas na família vs número de adultos e crianças a viverem em comum.	63
Tabela 18-Teste do quiquadrado de independência entre o estado civil e as práticas centradas na família.....	64
Tabela 19-Teste U Mann-Whitney na comparação das práticas relacionais e participativas em função do género da criança.....	64
Tabela 20-Correlação entre as práticas relacionais e participativas vs idade da criança.	65
Tabela 21-Correlação entre as práticas relacionais e participativas vs tempo que a criança e a família usufruem dos serviços da ELI.....	65

Introdução

É cativante conhecer, observar e absorver toda a evolução que a Intervenção Precoce (IP) sofreu nas últimas décadas. Atualmente é notável a sua evolução e, mais do que nunca, as práticas de IP assentam em muito do conhecimento e da investigação que advém de várias áreas, sobretudo do campo da neurociência e da educação especial e por conseguinte as suas bases estão bem fundamentadas.

Anteriormente era a criança o foco da intervenção, deixando de lado a família e o contexto onde se inseria. Hoje, quando pensamos em IP pensamos simultaneamente em práticas centradas na família (Pereira & Serrano, 2010 e Allene & Petr, 1997). Segundo Bruder (2010), a IP é definida como um conjunto de experiências e oportunidades fornecidas pela família e outros prestadores de cuidados, à criança em idade pré-escolar, tendo como principal objetivo promover a aquisição de competências comportamentais de forma a modelar e influenciar as suas interações com o meio que a rodeia.

Termos como *cuidados centrados na família*, *serviços centrados na família* e *práticas centradas na família* foram usados indiferentemente fazendo referência a uma abordagem que tem como foco principal a família. Esta abordagem inclui, por parte dos profissionais, práticas que tratam as famílias com dignidade e respeito. Tendo em conta que cada família é diferente e individualizada, a prática deve ser flexível e sensível às circunstâncias únicas de cada uma. O profissional deve capacitar a família para a tomada de decisões que dizem respeito a si e ao seu filho, fornecendo toda a informação necessária que ajude nessas mesmas decisões (DEC, 2014; Dunst et al., 2010 e Dunst, Trivette & Hamby, 2007).

Estas práticas devem ainda, incluir oportunidades de participação e experiências proporcionadas à família, com o intuito de reforçar o conhecimento dos pais e as competências já existentes, promovendo o desenvolvimento de novas competências parentais que melhorem a parentalidade, crenças e práticas de auto-eficácia. Esta capacitação da família vai fortalecer o funcionamento e as relações familiares (DEC, 2014).

Para que se concretize uma abordagem centrada na família, deve existir colaboração entre a família e o profissional, para tal, é necessário que se construa um bom relacionamento entre ambos. Este é um trabalho em equipa que, por sua vez, deve

trabalhar em conjunto para alcançar os mesmos objetivos que promovam competências familiares e apoiem o desenvolvimento da criança (DEC, 2014).

Completando a conceptualização de IP, Dunst (2000a) define-a como o conjunto de serviços, apoios e recursos que são necessários para responder, quer às necessidades específicas de cada criança, quer às necessidades das suas famílias no que respeita à promoção do desenvolvimento da criança. Esta intervenção inclui todas as atividades, oportunidades e procedimentos determinados a promover o desenvolvimento e aprendizagem da criança, assim como o conjunto de oportunidades que capacitem e corresponsabilizem as famílias na promoção desse mesmo desenvolvimento e aprendizagem. O autor refere ainda, que a Intervenção Precoce deve proporcionar às famílias apoios e recursos, de ordem formal e informal, que vão influenciar direta ou indiretamente o funcionamento da criança, dos pais e da família como um todo.

Esta mudança para uma abordagem centrada na família tem implicações significativas na aplicabilidade das práticas, exigindo dos profissionais o abandono dos papéis tradicionais, nos quais eram eles os especialistas e os detentores do poder de escolha (Beckman, 1996a). A capacidade de trabalhar com as famílias de uma forma que transmite respeito e sensibilidade é um processo contínuo de desenvolvimento pessoal e profissional. Para além das habilidades e estratégias, o desenvolvimento de boas relações de trabalho com as famílias depende da vontade do profissional para refletir continuamente sobre suas próprias práticas profissionais e de alterá-las quando necessário. Embora desafiador, o decorrer deste processo é aquele que pode ser tanto pessoal quanto profissionalmente gratificante (Beckman, 1996a).

Assim sendo, no âmbito das práticas centradas na família e de acordo com a Division of Early Childhood Intervention (2014), os profissionais devem construir uma relação de respeito e confiança com a família, estando sempre sensíveis às suas preocupações, prioridades, sabendo ouvir a família. Ambos, profissional e família, devem colaborar de forma harmoniosa, com o intuito de criar resultados e objetivos, desenvolvendo planos individualizados e implementando práticas que vão de encontro às prioridades e preocupações da família e às necessidades da criança. O profissional deve ainda apoiar o funcionamento familiar, exaltando os pontos fortes e as capacidades da família. Este foco nos aspetos positivos promove a confiança e as competências da família e consecutivamente melhora o relacionamento família-criança.

Para que isto seja possível, o profissional deve envolver a família em atividades que apoiem e fortaleçam as suas competências e a sua confiança (DEC, 2014; Beckman, 1996a).

Formulação do problema

Apesar do crescente enfoque na implementação destas práticas, existem ainda diferenças significativas entre as práticas consideradas ideais e as práticas que os profissionais utilizam diariamente com as famílias. Deste modo, o trabalho dos profissionais pode contribuir tanto para o sentimento de apoio vivido pela família, como para um sentimento de insatisfação

Em Portugal, existem alguns estudos que salientam ainda lacunas em algumas vertentes das práticas recomendadas (Pimental, 2005; Tegethof, 2007; Pereira, 2009; Maia 2013).

A complexidade da concretização das práticas centradas na família remete-nos a um conjunto de dúvidas que pretendemos de alguma forma colmatar neste estudo.

Definimos então como finalidade do estudo a identificação das perceções das famílias que estão a beneficiar dos serviços de IP numa Equipa Local de Intervenção Precoce (ELI), no que diz respeito à qualidade dos serviços prestados pelo profissional, tendo em conta os modelos atuais que defendem a adoção de práticas centradas na família. Ninguém mais indicado do que a família, o alvo da intervenção, para nos esclarecer acerca da forma como os serviços e apoios são prestados em IP.

Pretendemos identificar quais as práticas aplicadas pelos profissionais, correlacionando-as com a satisfação das famílias e possíveis resultados obtidos. Neste sentido, desejamos que este estudo possa servir de referência na análise das práticas desenvolvidas pelos profissionais de IP, ajudando a uma melhor compreensão dos aspetos positivos e das fragilidades dessas práticas e, conseqüentemente para a promoção da sua qualidade.

Organização e conteúdos do estudo

Este estudo será organizado em cinco capítulos. No primeiro capítulo é realizado o enquadramento teórico, sendo apresentados os principais conteúdos analisados no

processo da revisão bibliográfica que suportam o tema em estudo, realçando as práticas recomendadas no trabalho com as famílias e a importância do apoio social.

O segundo capítulo é constituído pela parte da metodologia utilizada na concretização do estudo. Será abordada a importância e finalidade da investigação, o tipo de estudo, as questões de investigação, os participantes, os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos utilizados.

No terceiro capítulo apresentamos os resultados obtidos e análise dos mesmos, seguido da discussão dos resultados que está presente no quarto capítulo

Finalmente, no V capítulo, procederemos a uma apresentação das conclusões gerais a partir do estudo realizado, assim como algumas limitações sentidas e recomendações para futuros estudos.

I Capítulo – Revisão da Literatura

1. A Intervenção Precoce e as Práticas Centradas na família: Contextualização

A IP fundamenta-se na certeza de que respostas determinantes e precoces são decisivas ao nível dos resultados a alcançar (Shonkoff & Philips, 2000).

No decorrer das últimas décadas, e como resultado de um conjunto de investigação e prática, a IP sofreu avanços notáveis no seu domínio, avanços esses que se refletiram na implementação e organização das práticas centradas na família (Shonkoff & Meisels, 2000).

Tradicionalmente, os programas de IP centravam-se apenas na criança, colocando de parte a família e os contextos onde estava inserida. Era utilizado o modelo médico, que encarava a família como tendo uma função redutora no que se refere às decisões e cuidados a ter com a criança, sendo o profissional, o detentor do papel principal relativamente a todas essas decisões (Dunst et al., 1997 & Correia & Serrano, 2000 e Shonkoff & Meisels, 2000).

Atualmente, os programas de IP têm as suas raízes na abordagem bioecologia do desenvolvimento humano, a qual destaca a necessidade de se considerar, para além das características da criança, o ambiente onde esta está inserida, possibilitando uma análise contextualizada do seu desenvolvimento assim como o impacto que este exerce nos seus contextos de vida (Beckman, 1996a; Correia & Serrano, 2000; Dunst & Trivette, 2009).

O surgimento das teorias desenvolvimentais sistemáticas acentuou um enfoque maior na família e na comunidade, encarando-a como impulsionadora de um conjunto de interações e influências, deixando então de parte o modelo focado na criança, que dava ao profissional o papel principal e toda a responsabilidade e que pecava ainda por se focar exclusivamente nos défices e na patologia da criança (Pereira & Serrano, 2010; Serrano, 2007 e Correia & Serrano, 2000).

No âmbito das teorias acima referidas, o desenvolvimento é visto como resultado de interações nos contextos de vida diária entre a criança e os indivíduos e objetos que fazem parte do seu quotidiano (Serrano, 2007).

Deste modo, a IP surge com o objetivo de apoiar as famílias, capacitando-as para exercerem um papel ativo no desenvolvimento da criança e incentivando uma interação com o contexto onde esta está inserida, assumindo-se assim, numa prática centrada na família e na comunidade (Dunst, 2000a).

Atualmente, quando falamos em IP, referimo-nos à prestação de serviços, apoios e recursos centrados na primeira infância, com crianças entre os 0 e os 6 anos, com Necessidades Educativas Especiais (NEE) e/ou em risco. Estes serviços e apoios fundamentam-se na criação de uma relação de parceria com a família, tendo como objetivo promover o desenvolvimento da criança utilizando a interação com a mesma e o contexto em que está inserida (Dunst, 2000a; Dunst, Trivette & Jodry, 1997).

Consecutivamente, não podemos, de forma alguma, dissociar o conceito de IP daquilo que são as práticas centradas na família.

As práticas centradas na família caracterizam-se por crenças e práticas que tratam a família com dignidade e respeito, de forma individualizada e flexível, compartilhando informações para que estas possam tomar decisões informadas. Na operacionalização destas práticas, a família deve ainda ser detentora do poder de escolha em relação a todas as decisões que dizem respeito a si e ao seu filho. O profissional deve auxiliar na mobilização de recursos e apoios necessários para as famílias serem independentes e capazes de cuidar dos seus filhos (Dunst, 2000a; Espe-Sherwindt, 2008).

No que diz respeito a estas práticas, a interação que existe entre os profissionais e a família deve ter uma base de colaboração e igualdade, considerando a família como detentora de todo o poder de tomar decisões no que diz respeito às suas necessidades e das suas crianças. O envolvimento familiar nas práticas de IP tem como objetivo capacitar as famílias, utilizando todos os recursos formais e informais da comunidade envolvente, para que estes influenciem, de forma positiva, a educação e o desenvolvimento da criança (Dunst, 2000a & Dunst, Trivette & Deal, 1988).

Outro aspeto a ter em conta é a exaltação dos pontos fortes e das capacidades da família, sendo que, o papel dos profissionais, é o de identificar esses pontos fortes e através dos mesmos, capacitar a família na tomada de decisões e consequentemente aumentar a sua competência e autoestima (DEC, 2014; Dunst, 2000a; Correia & Serrano, 2000 & Beckman, 1996a).

Com esta breve contextualização podemos entender a importância e a influência que as práticas centradas na família exercem sobre a mesma.

No decorrer deste capítulo iremos incidir a nossa reflexão precisamente na família e na comunidade enquanto principais impulsionadoras do desenvolvimento da criança.

2. Apoio social e sua relevância para a Intervenção Precoce

Uma rede social é a dimensão social de apoio, constituída pelos membros de uma rede que pode incluir a família, amigos próximos, vizinhos, colegas de trabalho, membros da comunidade ou profissionais, entre outros (Serrano, 2007, Dunst, et al., 2003).

Salientamos que os conceitos de apoio social e redes de apoio social são essenciais para uma maior compreensão acerca dos indivíduos, famílias e comunidades, na medida em que, permitem ao profissional conhecer mais sobre o dia-a-dia das famílias nas comunidades onde estão inseridas e também porque propõem, ainda que naturalmente, outras formas de apoio, diferentes das intervenções formais, que têm como base os acontecimentos que acontecem espontaneamente no contexto das relações sociais de apoio (Serrano, 2007).

As crianças desenvolvem-se num determinado contexto, sendo influenciadas, pelo ambiente que as rodeia. Para que a intervenção do profissional de IP seja eficaz e apropriada, é necessário compreender os valores, as crenças, os apoios, recursos e vivências diárias que fazem parte do contexto onde a criança se desenvolve (Bernheimer & Keogh, 1995. cit. Por Jung, 2012). Acima de tudo, são estes contextos naturais onde a criança passa a maioria do seu tempo que exercem influência direta no seu desenvolvimento (Jung, 2012).

Reforçamos que a relevância do apoio social tem sido um fenómeno muito estudado nos últimos anos, sendo unânime, a mais-valia que o mesmo exerce sobre o desenvolvimento humano em todas as suas fases e essencialmente no suporte ao desempenho parental e particularmente para as crianças em risco ou com problemas de desenvolvimento (Serrano, 2007).

Fundamentalmente, para que a intervenção seja eficaz e adequada às famílias, os profissionais devem, primeiramente, obter informação relativamente aos apoios informais e formais das redes sociais das mesmas. Como tal, a compreensão da ecologia da família é tão essencial para a concretização da intervenção como para a compreensão do desenvolvimento da criança (Jung, 2012).

A investigação prova-nos que o apoio social extrafamiliar e os recursos da família são uma importante fonte de ajuda necessária para responder às necessidades individuais e familiares (Dunst, Trivette e Deal, 1988). Assim sendo, a IP reforça a importância do apoio social, enquanto fonte de oportunidades e de experiências que influenciam significativamente o funcionamento da família (Dunst, 2000a).

Como já foi referido anteriormente, o apoio social advém de redes de apoio informal e formal. A primeira envolve os diferentes profissionais (educadores de infância, terapeutas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros) e as instituições (saúde, educação, segurança social, entre outros). A segunda, que abrange amigos, família, vizinhos, assim como os grupos sociais como as associações e organização comunitárias, grupos religiosos, entre outros (Dunst, et al., 1988 & Pereira, 2009).

A investigação neste campo demonstrou a importância dos apoios formais na ajuda oferecida, no entanto, os apoios informais têm um papel crucial na satisfação das necessidades da família (Dunst et al., 1988). De uma forma geral, quando as pessoas sentem necessidade de apoio, recorrem aos membros da família, aos amigos, aos vizinhos, pedindo conselhos (Gottlieb, 1983, cit por Serrano, 2007).

Segundo Dunst, Trivette e Jordry (1997), as trocas de apoio social entre os diferentes elementos da rede são caracterizadas pela afinidade e preocupação mútua e estas características relacionais exercem influência na forma como o apoio afeta a família.

Quando falamos em apoios da família devemos ter em consideração as três categorias em que estes podem ser divididos: *emocionais, materiais ou informativos* (McWilliam & Scott, 2001. cit. por Jung, 2012 & McWilliam, 2005). Cada uma destas categorias pode ser caracterizada como formal ou informal (Jung, 2012).

O *apoio emocional* é mais importante para as famílias que têm uma criança com NEE e que conseqüentemente vivem algum tipo de sofrimento psicológico. Habitualmente este tipo de apoio é fornecido através de amigos e familiares e é fundamental para o desenvolvimento de sentimentos de confiança e auto-estima da família. Também os profissionais de IP podem e devem prestar apoio emocional tendo como base comportamentos e atitudes positivos com e sobre a criança e a família, mostrando que são sensíveis, amigos e mostrando interesse em toda a família e à sua situação (Jung, 2012 & McWilliam, 2005).

O *apoio material* abrange o acesso a recursos financeiros e físicos que ajudem a família a alcançar as suas tarefas, por exemplo, alimentação, habitação, roupa, equipamento médico, brinquedos, etc. Neste apoio o profissional ajuda, criando ligações entre a família e recursos existentes na comunidade (Jung, 2012 & McWilliam, 2005).

O apoio informativo é o terceiro tipo de apoio ou recurso que as famílias precisam. Maioritariamente precisam de informação sobre a NEE da criança, os serviços disponíveis, o desenvolvimento da criança, e as estratégias a usar com ela. O profissional deve sempre munir a família de informação necessária para esclarecer as suas dúvidas e

ajudá-la a tomar as decisões mais adequadas para as suas necessidades (Jung, 2012 & McWilliam, 2005).

É importante que o profissional tenha atenção às categorias de apoios disponíveis, para que desta forma consiga distinguir quais as áreas que constituem pontos fortes e em que categorias poderá haver necessidade de recursos complementares (Jung, 2012).

Existem ainda cinco componentes essenciais do apoio social, que influenciam o efeito que o mesmo exerce nas famílias (Dunst, Trivette & Deal, 1988; Dunst, Trivette & Jodry, 1997; Trivette, Dunst & Hamby, 1996 & Serrano, 2007).

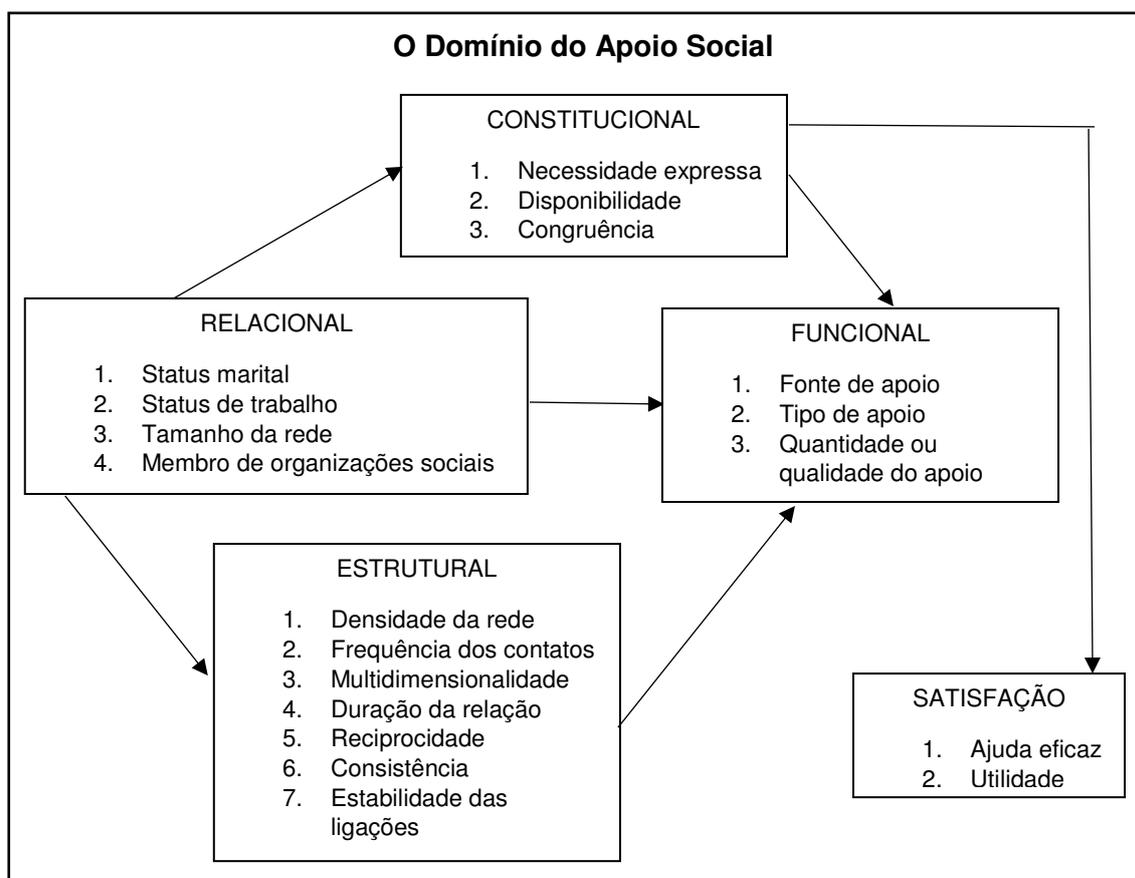


Figura 1-Cinco componentes essenciais do domínio do apoio social e suas relações

Fonte: Dunst, C.; Trivette, C.; Deal, A. (1988) *Enabling and empowering families. Principles and guidelines for practice* (p. 29) Cambridge, MA: Brookline Books.

Segundo os autores acima referidos, as principais componentes do apoio social presentes na figura 1 são definidas como:

Apoio relacional – diz respeito à existência e à quantidade de relações sociais, particularmente, ao estado marital, número de pessoas na rede social de apoio e participação em associações ou organizações sociais.

Apoio estrutural – refere-se ao número de aspetos quantitativos das redes sociais de apoio, nomeadamente, a proximidade física, a duração e estabilidade das relações, assim como a consistência e reciprocidade das mesmas.

Apoio constitucional – refere a correspondência entre as necessidades identificadas e o tipo de apoio que é prestado. O que é considerado um bom apoio para uma família, pode não o ser para outra, isto é, a eficácia do apoio é tanto maior, quanto maior for a correspondência dos recursos às necessidades específicas de cada família.

Apoio funcional – descreve à quantidade e à qualidade da ajuda ou do apoio. A quantidade refere-se exatamente à quantidade do apoio prestados pelos membros da rede. A qualidade diz respeito à forma como o apoio é prestado pelos membros da rede.

Apoio satisfatório – remete-nos para a perceção que o indivíduo tem acerca do apoio que recebe, se este é eficaz, ou não.

Estas cinco componentes estão logicamente relacionadas e fornecem uma base para a compreensão das relações temporais e de mediação (Dunst, Trivette & Deal, 1988).

Pesquisas realizadas por vários autores, sobre o apoio social, focadas em cada dimensão e componente, de forma independente ou em combinação, demonstraram que este está intimamente relacionado com alterações comportamentais. Está então empiricamente comprovado que o apoio social influencia de forma direta e indireta o bem-estar da família e da criança, assim como o seu comportamento e desenvolvimento. (Dunst, Trivette & Jodry 1997; Dunst, Trivette & Deal 1988; Dunst, 2000a & Trivette, Dunst & Hamby, 1996).

A figura 2 expõe de que forma o apoio social afeta os pais, a família, a criança e o funcionamento familiar. De acordo com este modelo e analisando a figura 2 abaixo representada, o apoio social influencia o bem-estar da família, que por sua vez influencia o funcionamento familiar. O apoio social, o bem-estar e o funcionamento familiar influencia os estilos de interação parentais e finalmente, todos estes irão influenciar o comportamento e desenvolvimento da criança

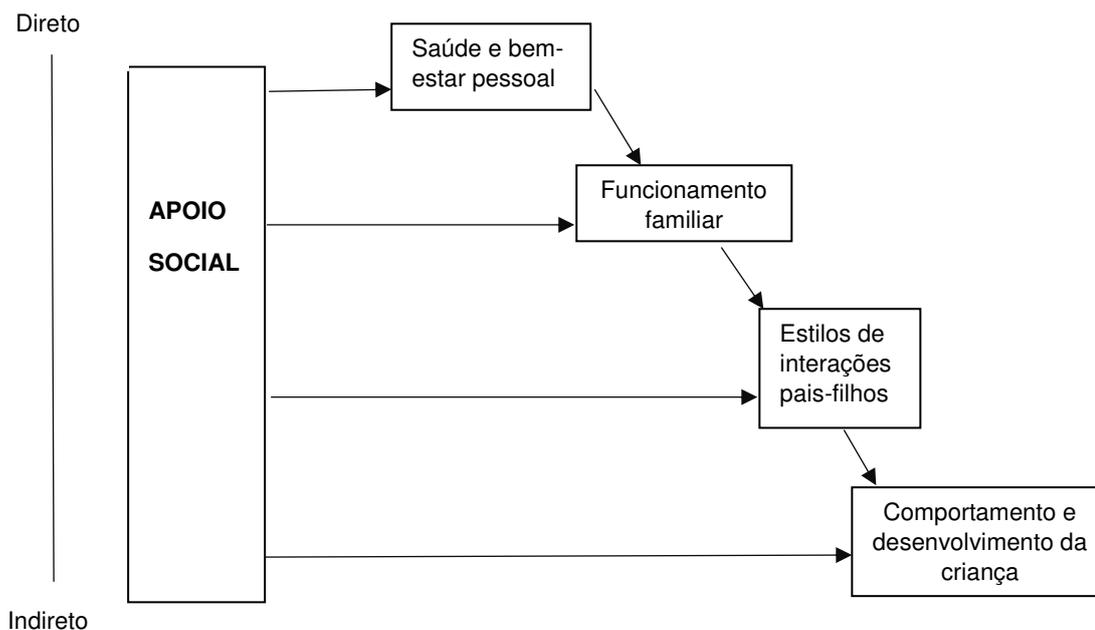


Figura 2-O Modelo das influências diretas e indiretas do apoio social.

Fonte: Dunst, C.; Trivette, C.; Deal, A. (1988) *Enabling and empowering families. Principles and guidelines for practice* (p.31). Cambridge, MA: Brookline Books.

Dunst et al. (1997) analisaram as ligações existentes entre o apoio informal, o bem-estar pessoal, o funcionamento familiar, as funções parentais e o desenvolvimento da criança. Descobriram que o apoio social estava muito pouco relacionado com o desenvolvimento da criança, ao contrário do que acontecia com as funções parentais que estavam intimamente ligadas a esse desenvolvimento. Os autores referem ainda um conjunto de conclusões que indicam que o apoio social dado pelas redes de apoio informal influencia de forma positiva o funcionamento da família, diminuindo as atitudes negativas dos pais, fomentando sentimentos positivos no que se refere ao comportamento do seu filho, está também relacionado com a qualidade da relação família-criança, assim como com o comportamento dos pais e a responsabilidade paternal e finalmente está relacionado com a diminuição de problemas de comportamento na criança, exaltando ainda os comportamentos positivos da mesma.

Na mesma linha, foi ainda reforçado que o apoio prestado pelos profissionais de IP é tanto mais vantajoso e benéfico quanto mais próxima for a relação que tem com a família, ou seja, quando os profissionais são identificados pela família como fazendo parte da sua rede de apoio social informal (Dunst, Trivette & Deal, 1988; Serrano, 2007).

Estes resultados fizeram com que as práticas tradicionais de IP fossem repensadas, na medida em que estas eram fundamentadas num apoio direto à criança, deixando de parte o contexto e a comunidade onde esta estava inserida.

Consequentemente, tendo em conta toda a investigação sobre o apoio social ao longo dos anos, assim como toda a influência que o mesmo exerce no desenvolvimento da criança e sua família, Dunst, (2000a), ajustou o conceito de IP definido inicialmente em 1985, definindo-a como "...a prestação de apoio e recursos a famílias com crianças pequenas, por parte de membros de redes de apoio social informais ou formais, que influenciam direta e indiretamente o funcionamento da criança, dos pais e da família". Esta nova definição difere das outras pela introdução do apoio informal como foco de intervenção, assim como do realce da construção de capacidades como consequência do fornecimento e mobilização de apoios e recursos.

Nas últimas décadas vários estudos exaltaram o fato de que as práticas de IP têm mais probabilidade de sucesso quando vão ao encontro das necessidades das crianças e das famílias. Foi também evidenciado que o apoio é mais útil e eficaz quando advém de uma rede de apoio informal, estando associado a menos stress e melhor bem-estar, portanto, o profissional deve reconhecer a importância deste último, tendo sempre em consideração que através desse apoio e fortalecimento da rede social da família, a probabilidade de construir ligações com maior longevidade de apoio será significativamente maior. Consequentemente, estes apoios informais devem ser a base para o fortalecimento do apoio à família e o apoio formal deve ser usado de uma forma complementar e quando necessário (Beckaman, 1996b; Dunst, 2000a & Jung, 2012).

Assim, fornecer e mobilizar recursos e apoios naturais deverá ser uma das preocupações fundamentais dos programas atuais de IP centrados na família, para que os seus efeitos sejam, de facto, eficazes e sustentáveis (Dunst, Trivette, & Jodry, 1997).

3. Modelo de Corresponsabilização (Empowerment) e promoção das capacidades da família

O conceito de corresponsabilização tem vindo a ser utilizado em vários contextos. Como podemos verificar no quadro 1, podem então ser encontradas descrições e análises do termo enquanto filosofia, paradigma, processo, parceria, desempenho e perceção (Dunst, Trivette & LaPointe, 1992; cit. por Dunst, 2000c).

Campos	Elementos-chave	Tópicos
Filosofia	Princípios	Presumíveis capacidades dos indivíduos; valorização da diversidade
Paradigma	Propriedades	Orientação no sentido dos pontos fortes; proactiva; controlo de competências
Processo	Experiências de capacitação	Oportunidades e situações promotoras de aprendizagem
Parcerias	Colaboração	Respeito mútuo; partilha na tomada de decisões; cooperação
Desempenho	Capacidades comportamentais	Conhecimento; competências; crescimento pessoal; comportamentos de aflição
Perceções	Atribuições	Eficácia pessoal: autocontrolo; auto-estima; locus de controlo; eficácia política

Quadro 1- Principais campos, elementos-chave e tópicos, em termos de corresponsabilização.

Fonte: Dunst, C.J. (2000). Corresponsabilização e práticas de ajuda que se revelam eficazes no trabalho com famílias. In Correia L.M. & Serrano A.M. (Eds.), *Envolvimento parental em intervenção precoce: das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. Porto: Porto Editora.

Fundamentalmente, a concretização do termo remete-nos para a criação de resultados que promovam competências e não dependências (Dunst, 2000b).

Sob o ponto de vista da IP, corresponsabilização implica que a família seja vista como um todo, tendo sempre em conta as suas competências, criando oportunidades que lhe permitam revelar essas competências e ainda detetar necessidades que deverão ser colmatadas de forma a promover o sentido de controlo da sua vida e da do seu filho (Dunst, Trivette & Deal, 1988).

Segundo Dunst, (2000c), o modelo de corresponsabilização das famílias abrange quatro componentes operacionais que constituem fundamentalmente a base das práticas centradas na família. Na figura 3 verificamos que as necessidades e prioridades da família, os estilos de funcionamento, e os apoios sociais são componentes interdependentes no processo de avaliação e intervenção centrado na família (Dunst, Trivette & Deal, 1988).

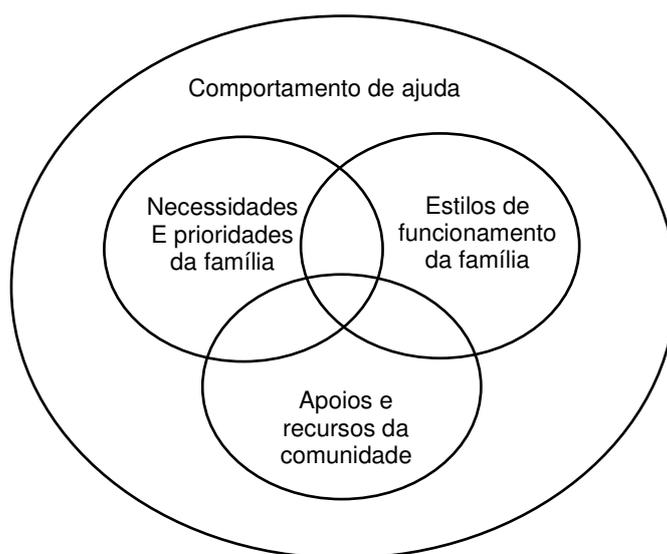


Figura 3-Quatro componentes fundamentais das práticas centradas na família

Fonte: Dunst, C. J.; Trivette, C. M.; Deal, A. G. (1988). *Enabling and empowering families. Principles and guidelines for practice.* (p.10). Cambridge, MA: Brookline Books.

A investigação tem comprovado a utilidade e os benefícios que este modelo de avaliação e intervenção traz para as práticas da IP no âmbito da corresponsabilização da família (Dunst, 2000c). O comportamento dos profissionais de IP é determinante na corresponsabilização das famílias, deste modo, o profissional deve identificar as prioridades, necessidades, preocupações da família, identificar as fontes de apoio formais e informais e recursos para alcançar objetivos e ainda, mobilizar esses apoios e recursos apelando às capacidades da família e promovendo novas competências (Dunst, 2000c).

Este trabalho realizado pelo profissional vai ajudar e possibilitar a que a família se torne independente e tenha a capacidade de gerir de forma eficaz todas as situações que ocorrem no seu dia-a-dia, promovendo o bem-estar individual e familiar. O desenvolvimento destas competências deverá acontecer no contexto natural de vida da família, onde é ela quem detém o papel de principal responsável (Rappaport, 1981, cit. por Dunst, Trivette & Deal, 1988).

Segundo Dunst, Trivette e Deal (1988), existem três características da definição de corresponsabilização que são essenciais para operacionalizar o termo e para estruturar a forma como pensamos em relação aos tipos de intervenção e relação. Primeiramente, devemos encarar, sempre, a família como sendo competente ou como tendo capacidade para adquirir determinada competência, isto é o chamado princípio da proatividade. Em segundo lugar, temos a experiência de capacitação (experiências que capacitem) na qual devemos ter sempre presente que a dificuldade em demonstrar competências não é devido

à falta de competência, mas à falha do sistema social em criar oportunidades de aprendizagem e demonstração de competências. Finalmente, a última característica tem como objetivo a aquisição do sentido de controlo necessário para a gestão dos assuntos da família, como tal, a família que procura ajuda deve atribuir a alteração de comportamentos às suas próprias ações. Isto é o que acontece quando se fala em corresponsabilização.

Associados, estes três conceitos, surge a importância do comportamento dos profissionais como parte fundamental do processo de capacitação e corresponsabilização da família. Não é suficiente apenas dar resposta à satisfação das necessidades e preocupações da família, é essencial ter em conta a maneira como essas necessidades são atendidas (Dunst, Trivette & Deal, 1988).

O profissional deve criar oportunidades para a família adquirir as competências necessárias para ficar mais forte e apta para gerir situações e acontecimentos da vida diária, zelando sempre pelo seu bem-estar e do seu filho. O sentimento de prazer e satisfação por ver a família tornar-se competente e capaz é um atributo fundamental de um profissional que defende a filosofia da corresponsabilização.

Se não existir uma verdadeira compreensão daquilo que é o empowerment das famílias sob o ponto de vista da intervenção, os profissionais correm o risco de achar que estão a fazer um bom trabalho, quando na realidade estão a perder oportunidades de capacitar a família e a agravar o seu nível de dependência. O importante não é a resolução momentânea da situação, em que é o profissional que maioritariamente a resolve, porque isso não capacita a família de competências nem a responsabiliza pelos seus atos, pelo contrário, causa dependência. O percurso para a corresponsabilização das famílias é um percurso mais demorado mas que a longo prazo trará mais benefícios. (Dunst, Trivette & Deal, 1988).

É visível a importância do papel do profissional na forma como as famílias são corresponsabilizadas na aquisição e no uso de competências. Deste modo, as práticas centradas na família são aquelas em que o profissional adota uma filosofia de corresponsabilização, considerando os pontos fortes e as capacidades da família, estando sempre consciente da necessidade de criar oportunidades que permitam à família desenvolver competências necessárias.

3.1. Intervenção Precoce Baseada nos Recursos

No seguimento da investigação realizada sobre o apoio social, surge a concetualização da IP de forma mais abrangente, encarando o funcionamento da família e da criança como sendo influenciáveis de forma direta e indireta pelo meio onde estão inseridas (Bronfenbrenner, 1979; Dunst, Trivette & Deal, 1988 & Trivette et al., 1997).

Nesta abordagem é atribuída mais ênfase à influência do apoio comunitário, valorizando as pessoas e as organizações que fazem parte da comunidade como possíveis fontes de apoio e recursos cuja mobilização poderá ser capaz de dar resposta às necessidades da criança e da família (Trivette et al., 1997).

Estas práticas de IP surgem em combate às tradicionais práticas centradas nos serviços. No âmbito das práticas baseadas nos recursos, compreende-se por recursos, o leque de oportunidades e experiências presentes na comunidade, que permitem à família alcançar os resultados desejados. Por outro lado, temos a definição de serviços que se resume ao conjunto de atividades implementadas pelo profissional com vista a dar resposta à família (ex., terapia da fala, terapia ocupacional) (Trivette et al., 1997).

De acordo com os mesmos autores, as práticas de intervenção baseadas nos serviços são limitadas e limitadoras, valorizando unicamente os apoios formais, deixando de lado os apoios e recursos presentes na comunidade. Contrariamente, as práticas de IP baseadas nos recursos não se baseiam exclusivamente no apoio profissional, mas abrangem todas as oportunidades de aprendizagem na comunidade, promovendo, mobilizando e utilizando as variadas fontes de apoio formais e informais que existem na comunidade (Boavida, Espe-Sherwindt, & Borges, 2000).

Podemos perceber melhor as diferenças entre estes dois tipos de intervenção através do quadro 2 abaixo representado.

Intervenção Precoce Baseada nos Serviços		Intervenção Precoce Baseada nos Recursos	
Característica	Aspetos	Característica	Aspeto
Centrada nos profissionais	As respostas são definidas segundo a especialidade do profissional ou da equipa de profissionais.	Centrada na comunidade	As respostas são definidas em termos da amplitude de recursos disponíveis e a partir de um conjunto diversificado de pessoas e de organizações da comunidade.

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

Quadro 2- Características que diferenciam as práticas de intervenção precoce baseadas em serviços das práticas de intervenção precoce baseadas em recursos.

Fonte: Trivette, C. M.; Dunst, C. J. & Deal, A. G. (1997). Resource- Based approach to early intervention. In S. K. Thurman, J. R. Cornwell & S. R. Gottwald (Eds.), Contexts of early intervention: systems and settings (pp. 73-113). Baltimore: Brookes Publishing Co.

A IP baseada nos recursos abrange três componentes pela quais se rege, sendo elas as *fontes de apoio e de recursos*, de forma a dar resposta às necessidades das crianças e da família, o *mapa de recursos da comunidade*, como procedimento para encontrar fontes de apoio na comunidade restrita ou alargada da família; e as *estratégias de desenvolvimento de capacidades* a serem utilizadas para potencializar os membros da comunidade, dos grupos e das organizações a providenciarem recursos às crianças e suas famílias (ver figura 4) (Trivette et al., 1997).

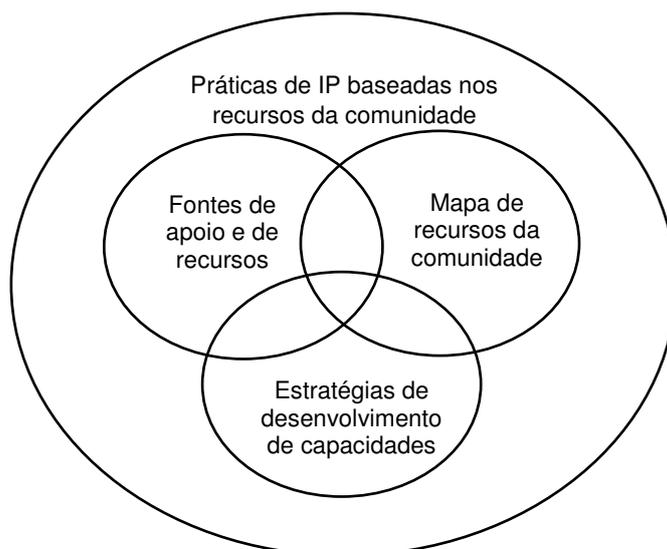


Figura 4-Componentes das práticas de Intervenção Precoce baseadas nos recursos.

Fonte: Trivette, C. M.; Dunst, C. J. & Deal, A. G. (1997). Resource- Based approach to early intervention. In S. K. Thurman, J. R. Cornwell & S. R. Gottwald (Eds.), Contexts of early intervention: systems and settings (pp. 73-113). Baltimore: Brookes Publishing Co.

A IP baseada nos recursos é muito benéfica, na medida em que, reforça os sistemas de apoio da comunidade com o objetivo de colmatar as necessidades da criança e da família. Esta intervenção é então mais eficaz e mais positiva a longo prazo, pois os apoios comunitários são mais estáveis e mais acessíveis às crianças e às famílias (Trivette et al., 1997).

Vários estudos corroboram na certeza dos benefícios deste tipo de práticas afirmando que reforçam as competências da família, o desenvolvimento da criança, a satisfação da família no que diz respeito à obtenção de recursos, o bem-estar da família, e a capacidade de resposta da comunidade às necessidades das crianças e suas famílias (Trivette et al., 1997).

3.2 O Modelo da Terceira Geração de Dunst (2000) e a sua evolução

Sustentando o realce no apoio social e na necessidade de mobilização das redes sociais de apoio informal, Dunst (2000a), conceptualizou um Modelo de Terceira Geração, vindo da necessidade de eliminar quaisquer dúvidas sobre o foco da IP, a criança e a família, e de englobar as conceptualizações de novas investigações na área da IP (Serrano & Boavida, 2011).

Dunst (2000a), como forma de identificar as necessidades e preocupações da família, apresenta-nos um modelo baseado na teoria dos sistemas e na ecologia humana. A abordagem ecológica do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1979) e a abordagem transacional de Sameroff e Fiese (2000), ambos compreendem o desenvolvimento como um produto contínuo de interações dinâmicas entre a criança e o ambiente onde esta está inserida, valorizando o papel da família e da comunidade. Deste modo, a investigação, avaliação e intervenção em IP tem sempre como base estes modelos.

O Modelo de Terceira Geração de Dunst é fundamentado em práticas baseadas na evidência, dando ênfase à componente do apoio social, tendo sempre como base a perspectiva dos modelos acima referidos, compreendendo que os fatores pessoais e ambientais influenciam o desenvolvimento da criança e da família (Dunst, 2000a).

Até ao culminar deste modelo que Dunst (2000) chama de Modelo da Terceira Geração, muita investigação foi realizada. Assim sendo, Dunst (1985), começa por definir, o que designou de modelo de primeira geração, que é a base de toda a investigação e evolução que se segue no decorrer destes últimos 20 anos. O Modelo dos Sistemas Sociais tem como fundamento os princípios “*Proactive, Empowerment, & Partnership*” (PEP) referindo-se ao *princípio da proatividade*, que tem como objetivo enfatizar as forças e os aspetos positivos da família, desvalorizando sempre os défices e os pontos fracos; o *princípio do empowerment*, que se refere à ajuda a prestar à família para que possa ter acesso aos recursos necessários, capacitando-a sempre no alcance desses mesmos recursos de forma independente e com um sentimento de controlo sobre as suas vidas. Finalmente, o *princípio da colaboração*, no qual deve existir uma colaboração entre os profissionais e a família, muito mais do que uma intervenção exclusivamente por parte dos primeiros, como meio de apoiar e reforçar o funcionamento da família (Dunst, 2000a).

Estes princípios tornaram-se a base de um novo paradigma de intervenção junto das famílias, sendo também a base de futuras linhas de investigação e prática, influenciando a uma mudança de atitudes na maneira como os profissionais vêm e interagem com as mesmas (Dunst, 2000a).

Com o intuito de perceber e identificar os princípios, as práticas e os comportamentos pelos quais a abordagem centrada na família se deve reger, assim como as influências do apoio social no funcionamento da criança e da respetiva família, foram desenvolvidas um número considerável de investigações que comprovaram que as

práticas que seguem o modelo do novo paradigma têm resultados mais positivos do que as práticas tradicionais, reforçando ainda, que o modelo do novo paradigma produz maiores benefícios para o funcionamento das famílias do que o modelo do paradigma tradicional (Dunst, 2000a & Dunst, 2005). O quadro 3 realça o contraste das características do novo paradigma com uma abordagem mais tradicional facilitando a distinção das práticas utilizadas em ambos.

Novo Paradigma	Paradigma Tradicional
<p>Modelos de Promoção Centram-se na melhoria e na otimização das competências</p>	<p>Modelos de Tratamento Centram-se na remediação de uma perturbação, problema ou de uma doença, ou na sua consequência</p>
<p>Modelos de Corresponsabilização Criam oportunidades para as famílias exercitarem capacidades existentes ou para desenvolver novas competências</p>	<p>Modelos Baseados na Especialidade Dependem exclusivamente do conhecimento dos profissionais para resolverem os problemas das famílias</p>
<p>Modelos Baseados nas Competências Reconhecem os pontos fortes das famílias, e apoiam-nas na utilização dessas competências</p>	<p>Modelos Baseados nos Défices Centram-se na correção dos problemas e pontos fracos das famílias</p>
<p>Modelos Baseados nos Recursos Definem as práticas em termos de uma base ampla de oportunidades e de experiências existentes na comunidade</p>	<p>Modelos Baseados nos Serviços Definem as práticas baseando-se unicamente nos serviços profissionais</p>
<p>Modelos Centrados na Família Vêm os profissionais como parceiros das famílias, atentos na resposta às preocupações e desejos destas</p>	<p>Modelos Centrados nos Profissionais Vêm os profissionais como peritos que determinam quais as necessidades das famílias, ignorando o ponto de vista destas</p>

Quadro 3-As diferentes características de abordagens contrastantes na prática de trabalho com as famílias.

Fonte: Dunst, C.J. (2000) Revisiting “Rethinking early intervention”. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20:2, 95-104.

Segundo Dunst (2000a), o termo *parceria* não estaria definido da melhor maneira, desviando a atenção dos profissionais de fatores do programa de IP, que importam mais

como consequência da intervenção. Feita uma análise crítica do termo em questão, o autor realça que o conceito é melhor pensado como uma forma de ajuda participativa que vai contribuir para o fortalecimento das famílias, ao invés de ser considerado como uma prática específica.

Relativamente à importância do apoio social, após várias investigações realizadas por Dunst e seus colaboradores, provou-se que todo o apoio prestado pela rede de apoio social da família, quer dos elementos da rede intrafamiliar, da rede informal e da comunidade, assim como da rede formal, dependendo do forma como é concretizado esse apoio, pode ter um efeito direto ou indireto na criança e na família, realçando ainda que o apoio prestado pelas redes informais é mais frequente que o apoio formal e está também ligado a resultados mais positivos no funcionamento da criança e da família (Dunst, 2000a; Serrano, 2007; Dunst et al., 2000; Dunst, Trivette & Jodry, 1997).

Por consequência do vasto leque de investigações foi possível criar um modelo que retrata claramente as influências diretas e indiretas do apoio social, como podemos verificar na figura 5. De acordo com este modelo, o apoio social influencia da forma direta o bem-estar da família e, por sua vez, ambos influenciam diretamente os estilos parentais, e ainda, os três anteriores vão influenciar direta ou indiretamente o comportamento e desenvolvimento da criança. Também os fatores intrafamiliares têm impacto sobre o bem-estar da família, os estilos parentais e o comportamento e desenvolvimento da criança (Dunst, 2000a).

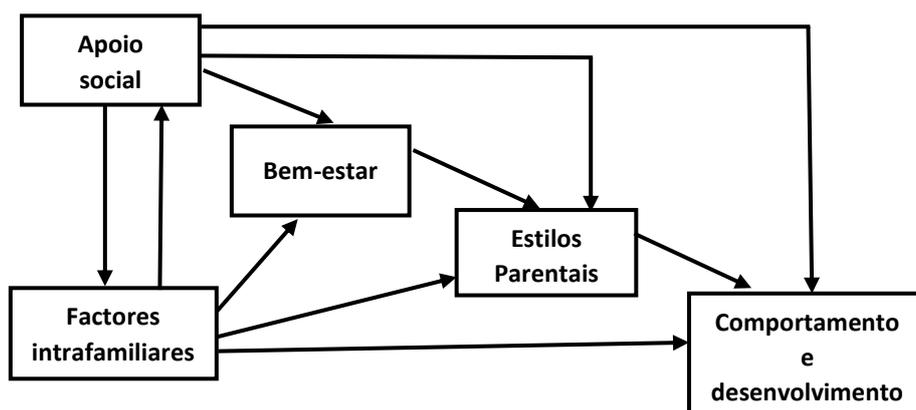


Figura 5-Modelo que representa as influências diretas e indiretas do apoio social

Fonte: Dunst, C.J. (2000) Revisiting “Rethinking early intervention”. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20:2, 95-104.

Dunst (2000a) realça ainda que no âmbito do apoio social há um diversificado role de experiências espontâneas, que apesar de atuarem como tal, não são consideradas como sendo práticas de IP, mas que, mesmo assim, vão influenciar o comportamento e o desenvolvimento da criança e da família. Concomitantemente, o autor defende práticas de intervenção baseadas nos recursos, que focam as capacidades dos indivíduos, famílias e comunidades promovendo o seu fortalecimento, ao invés do que acontece com as práticas tradicionais que se focam nos défices, são centradas nos profissionais e reforçam a dependência (Dunst, Trivette & Deal, 1988, & Dunst, 2000).

O modelo de segunda geração, designado por Dunst (2000a), é um novo paradigma de aperfeiçoamento do modelo anterior. Surge como resultado de todo um conjunto de investigações, que permitiram uma melhor compreensão dos vários componentes de uma intervenção baseada no apoio social.

Os avanços na investigação resultaram numa melhor compreensão relativamente às principais componentes de uma abordagem centrada na família, chegando ao modelo apresentado na figura 6 que, Dunst (2000a) define como sendo um conjunto de práticas de *ajuda centradas na família*, que, por sua vez, representam um conjunto de estratégias que levam à promoção de capacidades e fortalecimento das famílias alvo. O autor distingue aqui quatro componentes: as *práticas de ajuda centradas na família* que, como foi dito anteriormente, dizem respeito às práticas dos profissionais, que têm como objetivo, capacitar e fortalecer a família. Estas práticas, por sua vez envolvem três componentes; *preocupações e prioridades da família, competências e aptidões da família e recursos e apoios da família/comunidade*, que se intersejam. Estas componentes e a sua intersecção retratam as relações que se estabelecem entre os objetivos da família, os apoios e recursos necessários para atingir esses objetivos e as competências da família para mobilizar a sua rede de apoio social, utilizando os recursos disponíveis (Dunst, 2000a & Dunst & Trivette, 2009).

A componente das práticas de ajuda centradas na família evidencia a forma como a intervenção é realizada, enquanto a intersecção entre as outras três componentes diz respeito àquilo que é feito, ou seja, a forma como o apoio é prestado é tão, ou mais, importante, do que aquilo que é feito.

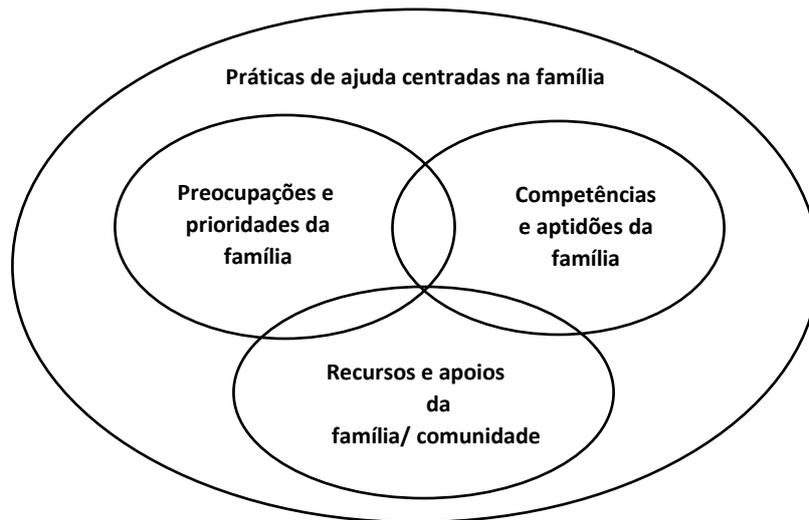


Figura 6-Os quatro componentes do modelo dos sistemas familiares

Fonte: Dunst, C.J. (2000) Revisiting “Rethinking early intervention”. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20:2, 95-104.

Nestas práticas, existe uma distinção entre duas componentes, a componente relacional e a componente participativa, considerando que é a utilização simultânea destas duas componentes que diferencia uma intervenção centrada na família de outras formas de intervenção. A componente relacional é essencial para uma colaboração e relação eficaz entre as famílias e os profissionais, incluindo práticas e/ou a capacidade por parte do profissional, de uma escuta ativa, empatia, respeito, atitudes e crenças positivas do mesmo em relação à família, sobretudo no que diz respeito às suas capacidades e competências. A componente participativa diz respeito a práticas individualizadas e flexíveis às preocupações e prioridades de cada família, promovendo a colaboração entre ela e os profissionais e a participação ativa da família na tomada de decisões e na obtenção dos objetivos desejados (Dunst, 2000a, Dunst & Trivette, 2009, Dunst, Trivette & Hamby, 2007 & Espe-Sherwindt, 2008).

Os mesmos autores afirmam que ambas são fulcrais para que a intervenção seja eficaz, na medida em que, a primeira assenta na colaboração entre os vários intervenientes e a segunda foca-se no envolvimento ativo da família na intervenção.

Dunst (2000a) sentiu necessidade de fazer algumas alterações a este modelo da segunda geração, surgindo então, mais recentemente, o *modelo da terceira geração*. Uma das razões pela qual decorreu esta mudança foi a necessidade que o autor sentiu de se desmarcar de críticas que surgiram de mal entendidos no que diz respeito às metas dos modelos centrados na família, em que de alguma maneira, foi esquecido o fato da criança

ser também membro da família. Isto originou comparações entre os modelos centrados na família e os modelos centrados na criança. Assim, com esta reestruturação do modelo anterior o autor sublinha que a criança é parte fundamental e complementar do sistema familiar, sendo também alvo da intervenção, na medida em que é ela o foco da mesma. Consequentemente, para tentar ultrapassar esta polémica o autor considera relevante acrescentar ao modelo anterior, características da criança e da interação pais-criança. A outra razão desta mudança está relacionada com a necessidade de ampliar a atenção para outras características importantes das influências contextuais e do seu papel nas intervenções (Dunst, 2000a).

Deste modo, o modelo da terceira geração, fundamentalmente, baseado na evidência, assenta nos resultados de um vasto leque de investigações que incidiram nos sistemas sociais e nas variáveis ambientais ligadas à promoção do desenvolvimento da criança e fortalecimento das famílias. Essas investigações certificam que a abordagem centrada na família é aquela que assegura que as experiências e as oportunidades que surgem no meio no qual a criança está inserida tenham resultados positivos a nível da aquisição de competências e capacidades, tanto para a criança como para a família (Dunst, 2000a & Dunst, Raab, Trivette & Swanson, 2012).

Tudo isto está presente no modelo representado na figura 7, que inclui quatro componentes principais que se intersejam entre si; as práticas centradas na família; as oportunidades de aprendizagem da criança; o apoio às competências de parentalidade e o apoio e recursos da família/comunidade. Da sua interseção resultam três elementos; estilos de interação parental; cenários de atividade família/comunidade e oportunidades de participação dos pais. Consequentemente, os resultados desejados irão refletir-se ao nível da aprendizagem e do desenvolvimento (Dunst, 2005).

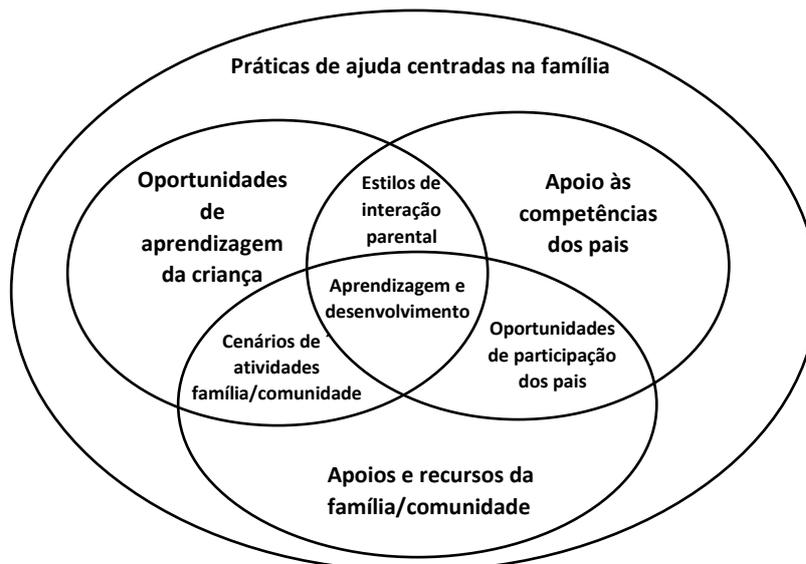


Figura 7-Principais componentes de um modelo integrado e baseado na evidência para a intervenção precoce e o apoio à família.

Fonte: Dunst, C.J. (2000a) Revisiting “Rethinking early intervention”. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20:2, 95-104.

Vamos então abordar cada um dos elementos que integra este modelo especificando as respectivas características (Dunst, 2000^a & Dunst, 2005).

As *práticas de ajuda centradas na família*, tem como foco a participação ativa da família com vista à obtenção de recursos desejados e necessários para alcançar os objetivos identificados pela mesma. Estas são práticas que dão um papel central à família, capacitando-a de que ela tem um controle pessoal sobre a sua vida.

As *oportunidades de aprendizagem da criança* têm como principal objetivo, proporcionar à criança, experiências que promovam o seu desenvolvimento e aprendizagem, desenvolvendo competências e proporcionando um sentimento de domínio sobre as suas capacidades. Tudo isto implica que se executem atividades em contextos familiares à criança, pois facilita a expressão dos seus interesses e competências, o que, por sua vez, vai encorajar a exploração e ajudar a um desenvolvimento de um sentimento de realização (Dunst, Raab, Trivette & Swanson, 2012).

O *apoio às competências dos pais*, tem como fundamento, tal como o nome indica, reforçar as competências, fortalecendo a sua autoconfiança e criando oportunidades para o desenvolvimento de novas competências. Este apoio pode ser prestado através de informações e conselhos que são dados aos pais, que por si só, tem como objetivo,

assegurar que eles têm as competências precisas para cuidarem dos seus filhos e lhes proporcionarem oportunidades que impulsionem o seu desenvolvimento e aprendizagem.

Os *apoios/recursos da família e da comunidade* incluem qualquer número e tipo de recursos intrafamiliares, informais, da comunidade e formais, recursos esses, que vão permitir aos pais terem tempo e energia necessárias para poderem desempenhar a sua parentalidade da melhor maneira.

Para além dos elementos de cada uma das dimensões do modelo, as intersecções entre as mesmas, definem operacionalmente elementos adicionais de práticas eficazes.

A intersecção entre as oportunidades de aprendizagem da criança e os apoios e recursos da família/comunidade define os cenários de atividade família/comunidade, que consistem num vasto leque de oportunidades de aprendizagem da criança, através de experiências diárias junto da família e da comunidade. Estas atividades podem ser planeadas ou não, mas importa focar que constituem experiências de vida que irão influenciar o desenvolvimento da criança.

A intersecção entre as oportunidades de aprendizagem das crianças e as oportunidades de participação dos pais define os estilos de interação parental e as práticas de estimulação mais suscetíveis a consequências que promovam desenvolvimento. Os estilos parentais caracterizados pela responsividade dos pais no que diz respeito às atividades iniciadas e dirigidas pela criança e por atitudes dos mesmos que criam oportunidades à criança para praticar competências emergentes e elaborar sobre competências já adquiridas, são os mais positivos na promoção do desenvolvimento (Dunst, 2000a & Dunst, 2005). Na mesma linha, a competência dos pais é reforçada quando usam as atividades do quotidiano como fontes de oportunidades de aprendizagem para a criança e mais ainda quando é notória a aprendizagem positiva da mesma (Dunst, Raab, Trivette & Swanson, 2012).

A intersecção entre os apoios e recursos da família/comunidade e os apoios às competências dos pais dizem respeito às interações entre os pais e os elementos que fazem parte das suas redes de apoio social. Estas, por sua vez, fornecem apoio emocional e instrumental, encorajando ou não, certas atitudes e comportamentos dos pais. Oferecem-lhes também, oportunidades de aprendizagem de diferentes estilos na prestação de cuidados, na interação com os filhos, na implementação de oportunidades de aprendizagem e na promoção de competências sociais e adaptativas da criança.

Complementando e reforçando a importância das experiências e aprendizagens diárias, inseridas no contexto de vida da criança, realçamos a relevância das práticas

mediadas pelo contexto, que consistem em fornecer às crianças, oportunidades de aprendizagem através de atividades do seu dia a dia. É fundamental que essas aprendizagens partam da família, na medida em que, as aprendizagens serão tanto mais eficazes quanto maior for o envolvimento da família, a sua capacidade, responsividade e o sentimento de ser capaz de fornecer à criança oportunidades de aprendizagem que influenciam positivamente o seu desenvolvimento (Dunst, Raab, Trivette & Swanson, 2012).

Concomitantemente, Dunst e Trivette (2009), afirmam ainda que quanto mais simples e direta for a intervenção, maior sucesso ela terá. Deste modo, a simplicidade da aprendizagem que resulta da intervenção nos diferentes contextos nos quais a família e a criança estão inseridos é crucial para o sucesso nos resultados.

Sucintamente, este modelo da terceira geração tem como principal objetivo, a promoção das capacidades das crianças, dos pais e da família, recorrendo a práticas centradas na família. Estas práticas apoiam as famílias com o intuito de aumentar a sua autoconfiança, autoestima, exaltando as suas competências e capacidades, o que, conseqüentemente, vai ajudar na realização do seu papel de pais, que por sua vez irá fornecer à criança mais oportunidades de aprendizagem no contexto das suas atividades de rotina diárias. Toda esta prática tem sempre presente que cada família está inserida numa comunidade e, portanto, muitas das oportunidades de aprendizagem decorrem nesse mesmo contexto comunitário. Assim sendo, também a comunidade em que a família se insere é parte integrante e ativa na intervenção, pois ela proporciona apoios e recursos que vão de encontro aos desejos e necessidades das famílias e das crianças (Dunst, 2000a & Dunst, 2005).

4. A Intervenção Precoce em Portugal – Legislação, percursos e investigação

Para uma melhor perceção e conhecimento da realidade da IP em Portugal, considera-se relevante a realização de uma breve análise da evolução, da mesma, ao longo dos últimos anos, para compreendermos o presente e, conseqüentemente, construir e/ou melhorar o futuro.

Foi na década de 70 do século XX, que se deram as primeiras experiências na área da IP, no entanto, os anos 80 são considerados os anos de lançamento e reconhecimento da IP em Portugal. A Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica

(DSOIP), que mais tarde se veio a tornar, Centro de Estudo e Apoio à Criança e à Família (CEACF), deu à IP um grande contributo, apoiando precocemente e de forma especializada crianças e respetivas famílias, em situações de risco ou necessidades educativas especiais (Serrano, 2007; Bairrão & Almeida, 2002). No entanto, eram poucos os programas que incidissem em crianças com menos de 3 anos de idade (Serrano, 2007).

Nos finais dos anos 80, especificamente no ano de 1989, o Hospital de Coimbra desenvolve o Projeto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP), com o objetivo de apoiar famílias com crianças com necessidades especiais, entre os 0 e os 3 anos de idade. Este projeto foi o primeiro programa de IP multidisciplinar, que envolvia em simultâneo e de forma colaborativa, serviços de saúde, educação e assistência social, usando ainda recursos comunitários (Serrano, 2007; Serrano & Boavida, 2011). A implementação deste projeto, baseado numa perspetiva ecológica, foi um ponto de viragem no desenvolvimento da IP em Portugal. O PIIP, para além de ter contribuído na inclusão de alguns dos seus objetivos e fundamentos conceptuais no Despacho 891/99, ainda deu origem à Associação Nacional de IP (ANIP) que tem como princípio, a contribuição para uma IP de qualidade, a nível nacional (Pereira, 2009 e Serrano & Boavida, 2011).

Em 1994, surge a primeira grande preocupação em relação aos serviços de IP, daí advém a organização de um grupo de trabalho que incluía representantes do Ministério da Educação, do Ministério dos Assuntos Sociais e do Ministério da Saúde. O grupo tinha como objetivo, desenvolver o primeiro projeto-lei relativo à IP, que, por sua vez, tinha como finalidade criar e organizar a prestação de serviços a crianças com NEE e suas famílias (Serrano, 2007).

Surge então o projeto-lei com as orientações base para a implementação dos serviços de IP em Portugal, designado por Despacho conjunto 891/99, de 19 de Outubro. Este Despacho determina que crianças entre os 0 e os 5 anos, com NEE, ou em risco, e suas famílias têm o direito de usufruir dos serviços de IP. Na mesma linha, o despacho veio ainda realçar a importância do envolvimento da família e do contexto social em todo o processo, o trabalho multidisciplinar ou coordenação de serviços entre os diferentes profissionais selecionados de acordo com as necessidades da criança e família e ainda o desenvolvimento de um Plano Individual de Intervenção (PII) (Serrano, 2007; Almeida, 2007; Serrano & Boavida, 2011).

Deste modo, os anos 90 foram marcados por uma proliferação de projetos de IP, um pouco por todo o país. Apesar de toda esta evolução, existia ainda uma grande heterogeneidade relativamente ao número de projetos em determinadas zonas do país. Em

algumas regiões, não houve qualquer implementação de programas de IP, devido à falta de envolvimento das autoridades políticas regionais (Serrano e Boavida, 2011).

Para colmatar esta lacuna, indo de encontro à necessidade de estender os serviços a todo o país e não apenas a algumas regiões, foi aprovado no Parlamento, a 6 de outubro, um direito público que regulamenta a IPI, o Decreto-lei 281/09, que por sua vez, torna obrigatória a prestação de serviços de IP para todas as crianças elegíveis (Serrano e Boavida, 2011).

Ao abrigo da mesma legislação, foi criado o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) que tem como princípios, detetar e intervir todas as crianças que estejam em risco, de forma a assegurar os direitos e o desenvolvimento positivo de cada uma delas, sempre de acordo com as necessidades da família, apoiando a mesma de forma a facilitar o acesso a serviços e recursos sempre dentro de uma perspetiva ecológica, envolvendo a comunidade (Decreto-Lei nº281/2009).

A estrutura proposta nesta nova lei, para além das inúmeras semelhanças com a anterior, define ainda, dois níveis de coordenação do sistema, um regional e um nacional. O país tem cinco regiões, Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve, cada uma com uma comissão de coordenação composta por um representante dos três departamentos (saúde, educação e segurança social). A nível nacional, existe uma coordenação central responsável pela elaboração de regulamentos, pela articulação dos três ministérios envolvidos e respetiva avaliação.

Para o SNIPI, são elegíveis, todas as crianças desde o nascimento até aos 6 anos de idade, com défice de desenvolvimento ou em situação de risco (ambiental ou biológico). É também um fundamento fulcral desta nova legislação, a necessidade de um plano de intervenção precoce individualizado (PIIP), que por sua vez, deve ser desenvolvido e implementado tendo em conta, para além dos problemas, o potencial de desenvolvimento da criança e da família, sempre numa perspetiva ecológica (Serrano & Boavida, 2011; Serrano, 2007). Apesar desta nova legislação, suspeita-se que permaneçamos, com maneiras diferenciadas de pôr em prática a IP, sendo que cada comunidade e cada família apresenta necessidades e recursos diversificados (Oliveira, 2011).

Dado a ausência de normas legislativas sobre estas questões, de acordo com Serrano & Boavida (2011), nas próximas décadas, as principais prioridades, no nosso país, serão desenvolver formas de aumentar o envolvimento das famílias em todo o

processo, redefinir a formação profissional de acordo com os resultados desejados e manter serviços de qualidade.

De acordo com esta evolução história da IP em Portugal, consideramos pertinente destacar alguma investigação, mais relevante, que tem sido realizada nas últimas décadas no nosso país. Destacamos então alguns estudos: “*Práticas centradas na família: Identificação de comportamentos para uma prática de qualidade no distrito de Braga*” (Pereira, 2003); “*Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias.*” (Tegethof, 2007); “*Práticas Centradas na Família em Intervenção Precoce: Um Estudo Nacional sobre Práticas Profissionais*” (Pereira, 2009); “*Early Intervention in Portugal: Study of Professional’s Perceptions*” (Pereira e Serrano, 2014); “*A Intervenção Precoce nas associações portuguesas de paralisia cerebral: percepções das famílias, dos profissionais e dos diretores de serviço*” (Maia, 2013).

Pereira (2003), realizou um estudo envolvendo o distrito de Braga, com uma amostra de 96 famílias apoiadas pela IP, correlacionando as PCF com o nível de satisfação das famílias, concluindo então, em termos médios, que é clara a prática de comportamentos centrados na família, sendo a formação dos profissionais determinante na frequência dos mesmos comportamentos.

Em 2007, Tegethof, realizou um estudo exploratório com o intuito de verificar o nível de realização das práticas centradas na família, clarificando e demonstrando a situação da IP em Portugal. Verificou que, apesar de existir uma forte assimilação da teoria daquilo que são as Práticas Centradas na Família, existiam ainda lacunas no que diz respeito à operacionalização das mesmas, ou seja, se por um lado foi verificado que os profissionais usam com frequência as práticas relacionais, por outro lado, as práticas participativas ainda apresentam algumas dificuldades em serem postas em prática pelos profissionais.

Maia (2013) inquiriu 232 famílias, 146 profissionais e 12 diretores de serviço, integrados em 13 Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral. Os resultados globais apontam que é notório um esforço, por parte das instituições participantes do estudo, no que diz respeito às práticas de uma abordagem mais centrada na família, e evidenciam que a maioria das famílias se encontram satisfeitas com estes serviços. No que diz respeito à percepção das famílias e dos profissionais, quanto ao apoio prestado ser centrado na família, são ambas, de um modo geral, bastante positivas, embora tenha sido reconhecida uma fragilidade relativamente ao fornecimento de informação às famílias. Os resultados

tendem a ser concordantes em ambos os grupos e indicam, por parte dos profissionais, uma maior adesão às práticas relacionais e menor às práticas participativas.

A nível nacional, é fulcral o estudo de Pereira (2009), que como já referido, anteriormente, tinha como finalidade o estudo das Práticas Centradas na Família nos projetos de IP, o estudo teve como objetivo avaliar a frequência com que os profissionais usam as Práticas Centradas na Família, assim como a importância que dão às mesmas, identificando, conseqüentemente, barreiras e recomendações na sua implementação. O estudo tinha uma amostra de 558 profissionais das ELI de 18 distritos de Portugal Continental, Açores e Madeira. Os resultados do estudo levaram à conclusão de que existe uma discrepância, entre as práticas que os profissionais implementam e o grau de importância que lhes atribuem, verificando-se assim uma diferença entre aquilo que são as práticas ideais, sugeridas a nível teórico, daquilo que acontece na realidade. Quando às barreiras encontradas, os profissionais referem, essencialmente, entraves no sistema, atitudes e condutas dos profissionais, reduzido treino especializado, necessidade de supervisão efetiva e falta de colaboração intra e inter-equipas (Pereira & Serrano, 2014).

Em suma, de acordo com os estudos, resumidamente, apresentados e a evolução da IP no nosso país, podemos afirmar que esta tem denotado um crescimento positivo e reconhecido. No entanto, também estes estudos levantam questões e novos desafios ao papel que o serviço e o profissional de IP desempenham. É preciso dar resposta a todas elas para que possamos ter um serviço de IP cada vez mais eficaz.

5. A Intervenção Precoce no estrangeiro

Visto que, neste trabalho estamos perante um desenho de estudo que não envolve apenas o nosso país, julga-se pertinente conhecer um pouco mais a forma como é vivida a IP no estrangeiro.

Foi nos EUA que as práticas e as ideologias conceptuais da IP, foram pioneiras, crescendo e evoluindo para aquilo que são, atualmente, as práticas de IP, centrando-se, essencialmente, na família. Assim sendo, a investigação e conhecimento desenvolvida no âmbito da IP neste país, é, foi e continuará a ser uma referência a ter em conta para vários outros países (McWilliam et al., 2003 e Serrano, 2007). Analisando então o percurso dos EUA quanto à evolução da IP, estamos perante um exemplo paradigmático de

preocupação e, simultaneamente, otimismo face às crianças na primeira infância (McWilliam et al., 2003; Serrano, 2007).

A evolução histórica das diferentes formas de envolvimento parental, passou por quatro fases distintas. Por volta dos anos 50, o papel dos pais era apenas passivo de observação, toda a responsabilidade recaía sob o profissional. Segundo, Allen e Petr (1996), nos anos 60, a elaboração da teoria dos sistemas foi um grande marco e teve uma grande influência histórica na adoção de medidas centradas na família. Nos EUA, em 1965, surgiu o programa *Head Start*, sob responsabilidade do *Office of Economic Opportunity*. Este programa tinha uma abordagem de partilha entre família e profissionais (Shonkoff & Meisels, 2000), enfatizando ainda, o desenvolvimento de um sistema multidimensional que envolvia serviços de saúde, nutrição, serviços sociais e envolvimento familiar (Zigler & Valentine, 1979, cit por Correia e Serrano, 2000). O programa tinha como principais objetivos, a melhoria das condições de saúde, o desenvolvimento sócio emocional, e o desenvolvimento de competências cognitivas de auto confiança e de responsabilidade (Serrano, 2007). Já nos anos 70 denota-se uma evolução quanto ao reconhecimento da importância de um papel mais ativo dos pais, no que refere ao envolvimento nos programas educativos dos seus filhos, conseqüentemente, e como forma a formalizar e reconhecer esta evolução, surge em 1975 a Lei Pública 99-142 – The Education for All Handicapped Children Act, atualmente designada de Individuals with Disabilities Education Act –IDEA (Correia e Serrano, 2000 e Bruder, 2010). Para além da Lei acima referida atribuir uma ênfase ao serviço centrado na família na IP, prevê ainda, a obrigatoriedade do Plano Individualizado de apoio Familiar, “Individualized Family Service Plan”, que inclui os recursos, prioridades, preocupações, objetivos para a criança e para a família, assim como o levantamento dos serviços necessários para os atingir (Correia e Serrano, 2000; Serrano, 2007). Simultaneamente a estes avanços na legislação, surgem progressos no campo da psicologia do desenvolvimento, que vieram esclarecer a importância da interação da criança com o meio ambiente que a rodeia, assim como a importância das relações primárias. Esta evolução baseia-se em contributos conceptuais que tiveram como origem, entre outros, o Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1979), o Modelo Transacional de Sameroff e Chandler (1975) (Serrano, 2007). Foi então que, com o role de contributos e investigações das últimas décadas, se solidificou e fortaleceu o reconhecimento do envolvimento ativo da família. Deste modo, passa também a família a ser alvo de intervenção, com o objetivo

de tornar os pais competentes e capazes de intervir de forma positiva e eficaz na educação e desenvolvimento do seu filho (Correia e Serrano, 2000).

Segundo Dunst (2014), no Canadá, sob orientações do autor, foram analisados os princípios adotados pela Family, Infant and Preschool Program (FIPP) e pela Canadian Association of Family Resource Programs, mais recentemente, FRP Canada. Estes princípios que dizem respeito ao apoio da família, são aqui analisados para demonstrar diferentes maneiras de se alcançar objetivos similares, de acordo com as necessidades do sistema em questão.

No início dos anos 80, apoiado e dirigido por Carl Dunst, foi implementado pelo FIPP, um caminho para o desenvolvimento de princípios de apoio às famílias. Com as orientações de Dunst, o programa que inicialmente se focava apenas na criança, passou a ter uma base centrada na família (Dunst, 1985). Um dos fatores que contribuiu para esta transformação foi a adoção de um conjunto de princípios base centrados na família, que davam ênfase aos pontos fortes, ao empoderamento e às práticas partilhadas. Após algumas investigações que vieram a comprovar a eficácia das práticas, estes princípios, acima referidos, foram adaptados pelo FIPP em 1990. Dunst (2014), refere que, para além da implementação e seleção dos princípios, há a necessidade da existência entre a equipa de um entendimento comum daquilo que são os termos de cada princípio, ou seja, é necessário que a equipa entenda e defina, claramente cada princípio, promovendo assim um entendimento comum a todos. O passo seguinte foca a operacionalização, explicando a necessidade de desenvolver indicadores práticos para cada princípio. Este processo resulta num conjunto práticas de apoio familiar bem estruturadas, que espelham a intenção de cada princípio adotado por um programa. No passo que segue a adoção de princípios, temos a aplicação, ou seja, o uso e prática dos princípios adotados e trabalhados pela equipa. Finalmente, é através do feedback das famílias que usufruem dos serviços e dos resultados obtidos pelas mesmas, que podemos avaliar a positiva ou negativa adesão aos princípios fundamentados, desta forma, o autor ressalta a importância da busca desse feedback honesto e credível, tendo a humildade de o ouvir e aceitar, fazendo mudanças ou melhorias, se necessário. Em suma, podemos concluir que os programas de recursos familiares são únicos, devido, tanto aos serviços que prestam como aos princípios que os orientam. O objetivo deste projeto foi o de coletar informações abrangentes sobre a natureza dos serviços integrados que estão disponíveis para as famílias no Canadá, através dos programas de recursos familiares. Baseado em atividades anteriores da FRP Canada, foi sendo implementado o projeto, incluindo mas não se

limitando ao papel que os programas de recursos familiares desempenham para facilitar a compreensão e uso de princípios de apoio familiar como valores centrais, ou seja, os princípios de apoio familiar podem e devem ser operacionalizados em diferentes tipos de programas, adequando cada princípio à realidade subjacente do dia-a-dia de cada programa. Este artigo veio dar enfoque à evolução das práticas centradas na família no Canadá.

Também na Austrália se fala em práticas centradas na família, através do desenvolvimento do National Guidelines for Best Practice in Early Childhood Intervention que, por sua vez, representa um guia de práticas correntes que podem ser aplicadas de forma consistente em todos os estados e territórios do país. Este guia tem como propósito, orientar e fornecer uma estrutura universal de qualidade para os programas da Early Childhood Intervention Australia (ECIA), tendo como base as melhores práticas a serem utilizadas com as crianças e respectivas famílias. O guia identifica quatro áreas de qualidade, a família, a inclusão, o trabalho de equipa e princípios universais, que por sua vez são constituídas por oito práticas-chave, dentro da área da família foca-se as práticas centradas na famílias tendo como base as suas forças e capacidades, na inclusão foca-se as práticas inclusivas e participativas da família no processo de desenvolvimento da criança e do envolvimento da mesma no seu ambiente natural, no trabalho de equipa foca-se a prática colaborativa entre os profissionais e a família, finalmente nos princípios universais demonstra como base, as evidências, os padrões, a responsabilidade e a prática dos profissionais, assim como o foco nos resultados familiares, ou seja, realça a importância do escutar a família e da avaliação dos resultados das práticas aplicadas. Deste modo, com estas orientações para a IP, as famílias e seus filhos que necessitem de usufruir dos serviços da mesma, podem estar confiantes de que os apoios a que têm acesso serão eficazes e seguros, onde quer que eles estejam localizados em toda a Austrália.

Em Espanha, só recentemente, se começou a ver a família como elemento central no processo de IP, neste sentido, é também recente a adoção de um modelo centrado na família. Inicialmente, um conjunto de profissionais que trabalhavam com crianças com atraso de desenvolvimento, falavam da importância do acompanhamento precoce, na medida em que quanto mais cedo as crianças usufríssem de apoio, melhores resultados iriam ter. Deste modo, surgiram programas chamados inicialmente de “serviços de estimulação precoce”, que, recentemente, se intitulam de intervenção na primeira

infância. Os programas de estimulação precoce caracterizavam-se por um conceito focado na criança e na correção dos défices da mesma.

Na década de 80 e 90 surgiram mudanças significativas no desenvolvimento e implementação dos serviços de IP, nomeadamente, a perspetiva profissional passou a focar-se na família, e não apenas na criança. Mais tarde, na década de 90, o foco da intervenção precoce para crianças com NEE foi expandido e passou a incluir crianças com uma série de diferentes tipos de problemáticas. Para além disso, denotou-se um enorme reconhecimento por parte dos profissionais da necessidade de envolver a família na intervenção precoce, o que, consequentemente, levou à publicação do *Libro Blanco da Atención Temprana* (GAT, 2000), o qual define a família como foco de intervenção. O mesmo acontece na publicação do Manual de Melhores Práticas em Intervenção Precoce: Diretrizes para a Qualidade (FEAPS, 1999) que, inclui princípios consistentes com uma abordagem ecológica de IP que coloca a família no centro das práticas de intervenção precoce (Serrano, Mas, Cañadas & Giné, 2017).

Apesar do paradigma tradicional continuar a ser largamente utilizado pelos profissionais espanhóis, foram dados passos importantes no que diz respeito à adoção de um modelo centrado na família, nomeadamente, a formação dos profissionais, diversificadas investigações sobre a qualidade de vida familiar, e a colaboração internacional de Robin McWilliam (EUA) e Ana Serrano (Portugal), proporcionou aos profissionais espanhóis a oportunidade de se familiarizarem com a importância de trabalhar com crianças e suas famílias em ambientes naturais e numa perspetiva centrada na família. A implementação destes princípios começou com a experiência de um programa de IP (FEAPS) em Valencia, L'Alqueria. Em 2010, este programa começou por implementar práticas centradas na família, com o apoio de especialistas experientes como Robin McWilliam, Climent Giné, Ana Serrano e Marylin Espe-Sherwindt. A Plena Inclusión, FEAPS (atualmente designada de Plen Inclusión) é uma confederação de associações de pais e iniciou um processo de transformação das práticas de IP nos seus centros de IP, tendo desenvolvido um ciclo conferências e workshops de sensibilização, bem como conseguido o envolvimento e participação de mais de 38 centros de IP em Espanha. O programa adotou quatro princípios orientadores: (a) promover a adoção e o uso de um modelo de IP centrado na família; (b) promover e otimizar as competências dos pais e das crianças nas práticas educacionais familiares; (c) basear as práticas de IP nos pontos fortes da criança e da família; e (d) visam melhorar o empoderamento da família (Dunst & Trivette, 2009). Além dos 38 centros que são dirigidos pela FEAPS,

outros 25 centros de IP solicitaram formação sobre o modelo centrado na família. (Serrano, Mas, Cañadas & Giné, 2017).

É notória a crescente evidência dos serviços de IP em países em todo o mundo. No entanto, em alguns países acima descritos, podemos perceber que, a mudança de paradigma é relativamente recente. Segundo Gulranick (2008), os países estão em diferentes estágios de desenvolvimento de programas de IP, portanto, estes programas podem assumir algumas diferenças, no entanto, devem seguir um role de recomendações para que as práticas sejam eficazes, adaptando-as às repetivas realidades. Dada a variedade de realidades distintas, de profissionais e de famílias surgem, naturalmente, algumas dificuldades e lacunas neste processo inicial e mesmo a longo prazo. Apesar das dificuldades, a adoção das práticas centradas na família é cada vez mais incidente e releva-nos uma crescente adesão dos profissionais às mesmas, assim como uma crescente sensibilização para a importância do papel da família na participação do processo de desenvolvimento da criança. É agora importante a continuação de uma forte cooperação entre os países, para que a adesão às práticas centradas na família, seja cada vez maior e mais eficaz, abrangendo todos os centros e todos os profissionais de IP e, conseqüentemente, chegando a todas as crianças e famílias que fazem parte do sistema.

II Capítulo – Metodologia da Investigação

Este capítulo faz referência à abordagem metodológica utilizada na elaboração do presente estudo. Deste modo, ao longo do capítulo faremos uma descrição sucinta do estudo, dos seus objetivos, hipóteses, variáveis, instrumentos de recolha de dados e respetivos procedimentos.

1. Desenho da Investigação

Este estudo insere-se no âmbito de uma investigação mais alargada que envolve o Instituto de Educação da Universidade do Minho, nomeadamente, o Centro de Investigação e, Educação (CIED), assim como a Faculdade de Psicologia e Educação Blanquerna da Universitat Ramon Lull, Barcelona. O estudo tem como consultor científico o Professor Carl Dunst da Orleana Pockett Research Institute, USA.

Como finalidade deste estudo, definimos uma análise e perceção das práticas centradas na família nos projetos de IP de algumas ELI em Portugal, especificamente, na região norte e centro, analisando o grau de eficácia da intervenção dos serviços de IP percebido pelas famílias. Deste modo, recorreremos a uma análise do grau de envolvimento das famílias, da sua participação e satisfação, assim como alguns resultados associados. Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, do tipo exploratório-descritivo, correlacional e comparativo, tendo recurso a um questionário, com análises descritivas e inferenciais dentro das quais se pretende compreender e analisar os fenómenos em estudo, através da formulação de hipóteses, analisando relações entre as variáveis. Neste estudo foi realizada uma análise transversal, na medida em que a recolha de dados decorreu apenas num momento (Almeida & Freire, 2008)

Toda a investigação deve reger-se por princípios éticos, como tal, no decorrer da mesma foram sempre protegidos os direitos dos participantes à privacidade, anonimato, confidencialidade ou à não participação.

2. Objetivos

Indo de encontro à necessidade de clarificar a qualidade das competências dos profissionais no que concerne às práticas centradas na família, inicialmente este estudo tinha definido como finalidade a avaliação dos profissionais de IP em Portugal, quanto à sua forma de interação com as famílias, sob o ponto de vista das mesmas. No entanto, foram algumas as dificuldades encontradas na obtenção de resposta das subcomissões e de algumas ELI, o que teve como consequência, limitar a nossa amostra às Equipas que mostraram mais disponibilidade em participar no estudo.

Em suma, pretendemos analisar as práticas dos profissionais podendo correlacioná-las com os resultados das famílias. Para tal foram definidos alguns objetivos, tais como:

1. Caracterizar do ponto de vista sócio demográfico as famílias que são apoiadas pelas ELI da amostra;
2. Identificar a frequência das práticas centradas na família utilizadas pelos profissionais, nos projetos de IP em Portugal;
3. Identificar os pontos fortes e os menos fortes na concretização das práticas centradas na família;
4. Avaliar o impacto das PCF nos resultados da intervenção junto da família.

3. Formulação das Hipóteses de Investigação

Considerando os objetivos acima descritos e tal como foi referido anteriormente, este estudo tem como questão principal uma avaliação das práticas centradas na família na região norte e centro do país. Esta avaliação é realizada sob o ponto de vista das famílias. Assim, foram elaboradas as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1: O grau académico do respondente não interfere com a opinião da família acerca das práticas utilizadas pelos profissionais.

Hipótese 2: A idade dos pais não influencia a perceção das famílias acerca das práticas utilizadas pelos profissionais

Hipótese 3: Não existem diferenças quanto à perceção das famílias acerca das práticas utilizadas pelos profissionais conforme o género do respondente.

Hipótese 4: Não existem diferenças na perceção das famílias acerca das práticas utilizadas pelos profissionais conforme o estado civil do respondente.

Hipótese 5: O grau de parentesco do respondente para com a criança não influencia a perceção acerca das práticas utilizadas pelos profissionais.

Hipótese 6: O número de adultos e crianças a viver em casa está relacionado com a perceção das famílias acerca das práticas utilizadas pelos profissionais.

Hipótese 7: As famílias com mais frequência de apoio referem uma maior influência das práticas centradas na família por parte dos profissionais.

Hipótese 8: Não existem diferenças na perceção das famílias acerca das práticas utilizadas pelos profissionais consoante o género da criança.

Hipótese 9: A idade da criança não está relacionada com a perceção das famílias acerca das práticas utilizadas pelos profissionais.

Hipótese 10: A variável relativa ao tempo que a criança e a família usufruem dos serviços da ELI, está relacionada com a perceção que as famílias têm dos resultados.

Hipótese 11: Existe uma relação entre as práticas participativas e as práticas relacionais.

Hipótese 12: As práticas centradas na família relacionam-se positivamente com os resultados percebidos pelas famílias.

4. Definição e estatuto das variáveis

As hipóteses de investigação foram formuladas com base num conjunto possível de relações associadas entre as variáveis dependentes e independentes deste estudo. Deste modo, foram consideradas variáveis independentes alguns aspetos sociodemográficos pertinentes para a caracterização das famílias inquiridas, designadamente, sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, grau de parentesco com a criança, remuneração mensal, número de adultos e crianças que vivem em casa, problemática da criança, período de tempo que a família usufrui dos serviços da ELI, número de profissionais que apoiam a família, formação dos mesmos, e a frequência do apoio da ELI.

As variáveis dependentes, comportam todos os 25 itens da Escala das Práticas Centradas na Família e Resultados Familiares (Mas Mestre, Serrano, Canãdas, Giné, Costa, Dunst & Trivette 2016).

5. Definição da Amostra do estudo

Visto que se trata de um estudo piloto, a amostra necessária será no mínimo de 75 famílias apoiadas pela IP num prazo mínimo de 6 meses. Este critério que implica que a família usufrua dos serviços da ELI há pelo menos 6 meses, foi definido com o intuito de garantir um tempo de adaptação das famílias ao apoio proporcionado. Assim, na amostra deste estudo incluímos todas as famílias escolhidas pelas ELI que colaboraram connosco, nomeadamente no norte e centro do país. Após a autorização das subcomissões do SNIPI, para iniciar a investigação, foram estabelecidos os contactos com as ELI. De referenciar que a seleção de algumas destas ELI teve em conta a maior facilidade de acesso às mesmas, por parte do investigador. Dos contactos efetuados conseguimos a colaboração de algumas ELI do norte e centro do país. Posteriormente foram entregues os questionários a cada uma das ELI que aceitaram participar no estudo, sendo que cada responsável de caso entregava o respetivo questionário às famílias que cumpriam os

requisitos necessários e que aceitavam participar no estudo. A amostra é assim composta por 92 famílias de crianças com necessidades educativas especiais, que usufruem do apoio da IP há pelo menos 6 meses e que pertencem às ELI da zona norte e centro do país.

6. Caracterização e Organização do Instrumento e Recolha de Dados

Como instrumento de recolha de dados foi utilizada a escala “Práticas Centradas na Família e os resultados Familiares”. Esta escala foi construída e adaptada à população portuguesa, tendo como base a versão longa da escala Family-Centered Practice Scale da autoria de Carl J. Dunst e Carol. M. Trivette, datado de 2004. Existem já alguns estudos realizados em Portugal que adaptaram e validaram, a Family-Centered Practice Scale, para a população portuguesa, nomeadamente, a investigação realizada por Oliveira (2011). Os autores da Family-Centered Practice Scale desenvolveram três versões desta escala, sendo elas a versão curta com 8 itens, a versão longa com 12 itens e a versão extensa com 17 itens. Estas três versões têm sido utilizadas num variado leque de estudos com o objetivo investigar a relação entre as práticas centradas na família e o funcionamento da família e da criança. A versão utilizada no presente estudo é a versão longa, inclui 12 itens organizados em duas subcategorias (6 itens relacionais e 6 itens participativos).

Na escala utilizada no presente estudo, existem alguns itens que nos irão permitir correlacionar os resultados obtidos pela família com a utilização de práticas centradas na família por parte dos profissionais. Deste modo, a escala consta de duas partes, a primeira contém informação para esclarecer as famílias acerca dos seus direitos como participantes na investigação, aqui a família é ainda questionada se aceita ou não participar no estudo.

A segunda parte inclui o conteúdo da escala em questão, ou seja, um questionário de identificação das práticas centradas na família realizadas de acordo com dois tipos de práticas de ajuda, as práticas relacionais (PR) e as práticas participativas (PP). Cada uma delas está evidenciada em 6 itens, como referido anteriormente. As PR através do item 1, 6, 11, 16, 21 e 24 e as PP através do item 2, 7, 12, 17, 22 e 25. As famílias preenchem o questionário, através de uma escala de Likert com 5 opções de resposta, nomeadamente: nunca (1); raramente (2); algumas vezes (3); a maioria das vezes (4); sempre (5). Para além das práticas relacionais e participativas, a escala contém ainda questões ligadas aos resultados que advêm do uso das respetivas práticas por parte dos

profissionais, nomeadamente questões relativas ao bem-estar parental (item 5, 10, 15 e 20), às competências e confiança dos pais (item 4, 9, 14, 19 e 23) e às crenças e auto-eficácia dos pais (item 3, 8, 13 e 18). No caso de o bem estar parental, este divide-se em bem estar parental positivo (item 5 e 10) e bem estar parental negativo (item 15 e 20), neste último a numeração da escala inverte-se para que sejam obtidos resultados fidedignos, desta forma as opções de resposta são: sempre (1); a maioria das vezes (2); algumas vezes (3); raramente (4) e nunca (5).

Também faz parte da escala, um questionário para obtenção de dados sociodemográficos relevantes, nomeadamente, dados relativos à idade, ao género, às habilitações literárias, à profissão, ao grau de parentesco com a criança, à quantidade de adultos e crianças no núcleo familiar e às fontes de rendimento. São obtidas ainda, informações, através de questões acerca da idade da criança, do género e do seu diagnóstico ou problemática de desenvolvimento. Seguidamente deparamo-nos com 3 itens que nos fornecem informação relativamente ao tempo que a criança e a família usufruem dos serviços da ELI, a frequência com que recebem esse apoio e/ou serviço e o número de profissionais que apoiam. Por último, existem quatro questões que avaliam o quão centrados na família são as práticas desenvolvidas nas ELI. As respostas correspondem a uma escala de likert, tal como a utilizada anteriormente. Aqui os inquiridos avaliam até que ponto as práticas centradas na família tiveram em consideração as necessidades e preferências de toda a família (não só da criança), até que ponto tiveram em consideração todos os diferentes contextos naturais da criança e se encorajam os membros da família para tomar decisões. A última questão avalia o grau de envolvimento dos pais no processo de intervenção, os inquiridos são solicitados a indicar qual das cinco respostas melhor descreve a forma como estavam envolvidos com a ELI que fornece apoio à criança.

Junto com o questionário enviado às famílias havia uma carta de apresentação inicial da investigadora e uma breve contextualização da investigação, focando os seus objetivos (Ver Anexo B). A carta termina com um agradecimento pelo tempo e ajuda disponibilizados. Acompanhava ainda, o documento de consentimento informado (Ver Anexo C), o qual pedia a assinatura como forma de autorização dos dados para o estudo, garantindo e reforçando a confidencialidade e o anonimato dos participantes, assim como o uso exclusivo ao tratamento estatístico no âmbito deste estudo.

Assim que dermos por concluída esta etapa do estudo, serão enviadas as informações e resultados obtidos a todos os participantes, como forma de feedback dos resultados da investigação.

7. Procedimentos de recolha de dados

Para a realização do estudo, nomeadamente, para a recolha de dados junto das famílias acompanhadas pelas ELI, foram pedidas autorizações às subcomissões do SNIPI, através de correio eletrónico. Posteriormente e após receber a resposta positiva das subcomissões, foram contactados por correio eletrónico, os coordenadores das ELI, de forma a averiguar se teriam ou não interesse em participar no estudo. A partir do interesse revelado pela ELI em colaborar connosco, foram clarificados alguns procedimentos relacionados com a participação no mesmo e, posteriormente foram enviados os questionários que, seguidamente, seriam distribuídos às famílias pelos mediadores de caso. Deste modo, os profissionais estabeleceram os contatos com as famílias, apresentando o estudo e convidando-as a participar. De ressaltar que procuramos sempre garantir e cumprir os princípios éticos da investigação (Almeida & Freire, 2009), salvaguardando as famílias inquiridas, reforçando a confidencialidade e anonimato das mesmas. Assim, todos os envelopes continham o consentimento para referenciação (Ver Anexo D), para autorizar o profissional de IP a referenciar a família como participante da investigação, continham ainda o consentimento informado, para assinarem como forma de aceitação de participação na investigação. Após o membro da família ter preenchido o questionário, este era colocado no respetivo envelope, devidamente fechado e entregue ao profissional de IP. E após a equipa recolher alguns questionários preenchidos, a investigadora procedia ao levantamento dos mesmos.

Esta fase de recolha de dados decorreu entre Janeiro e Abril de 2016. Estes são processos sujeitos a alguma demora, no caso específico, no que se refere à resposta das ELI quanto à participação no estudo e mais ainda ao tempo e disponibilidade da família no preenchimento do questionário.

8. Método de Análise e Tratamento de dados

A análise dos dados foi conduzida pelo programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.

Recorremos então a um estudo exploratório-descritivo, correlacional e comparativo. A partir da estatística descritiva, tal como a palavra diz, pretendemos descrever características das variáveis obtidas através da recolha de dados. Através da utilização de medidas de tendência central, esta análise permite-nos organizar e interpretar os resultados numéricos (Hill & Hill, 2002).

O nível de significância estatístico adotado foi de 5% ($\alpha=0.05$).

A análise exploratória de dados incidiu sobre a frequência absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, e sobre média, desvio-padrão (DP), valores mínimo (Mín) e máximo (Máx) para as variáveis quantitativas. A dispersão foi ainda, verificada pelo coeficiente de variação (Pestana & Gageiro, 2005) ($CV \leq 15\% \Rightarrow$ fraca dispersão; $15 < CV \leq 30\% \Rightarrow$ moderada dispersão; $CV > 30\% \Rightarrow$ forte dispersão).

A consistência interna das subescalas do questionário de Práticas Centradas na Família e Resultados Familiares foi avaliada pelo α -Cronbach. O α -Cronbach varia entre 0 e 1, pelo que quanto mais próximo de 1, maior é a consistência interna. Segundo Nunnally (1978) um valor de, pelo menos, 0.07 pode ser considerado adequado.

A verificação da existência de relações de independência entre duas variáveis qualitativas, foi efetuada pelo teste de independência do quiquadrado de Pearson (χ^2), por intermédio do procedimento de tabulação cruzada (*crosstabs*). O teste do quiquadrado pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Sempre que este pressuposto não foi garantido, recorreu-se ao teste do quiquadrado com simulação de Monte Carlo com nível de confiança de 99%.

O estudo da correlação entre variáveis foi efetuado pelo coeficiente de correlação de Spearman. A interpretação da magnitude da correlação foi efetuada pelo intervalo de correlação de Pestana & Gageiro (2005), para quem independentemente do sinal (+ ou -), se:

$r \leq 0,19 \quad \Rightarrow$ correlação Muito Fraca

$0,20 \leq r \leq 0,39 \quad \Rightarrow$ correlação Fraca

$0,40 \leq r \leq 0,69 \quad \Rightarrow$ correlação Moderada

$$0,70 \leq r \leq 0,89 \quad \Rightarrow \text{correlação Forte}$$
$$0,90 \leq r \leq 1,0 \quad \Rightarrow \text{correlação Muito Forte}$$

A comparação entre dois grupos independentes foi realizada pelo teste *U* Mann-Whitney.

III Capítulo – Apresentação e Análise dos Resultados

1. Dados sociodemográficos

Neste capítulo apresentamos os métodos do estudo, no que diz respeito à estatística descritiva. Temos então a caracterização da amostra da família, da criança e do apoio recebido da ELI, assim como os resultados da percepção das famílias, relativamente, às práticas centradas na família.

A Tabela 1 apresenta a frequência absoluta (*n*) e relativa (%) de sujeitos quanto a alguns indicadores sociodemográficos, relativos à família. Quanto ao tipo de relação que tem com a criança que usufrui dos serviços da ELI, a quase totalidade dos familiares referiu ser pai/mãe (*n*=87; 94,6%), sendo que a maior parte dos respondentes é do sexo feminino (*n*=79; 85,9%).

Em relação à idade do familiar, a maioria situa-se no intervalo [31-40 anos] (*n*=58; 63%), seguido da faixa etária [41-50 anos] (*n*=20; 21,7%). As idades mais avançadas são as menos frequentes.

Quanto ao estado civil, a maior parte dos pais encontra-se na situação de casado(a)/ a viver com companheiro(a) (*n*=82; 89,1%).

Relativamente à situação de emprego, a maioria está a trabalhar a tempo inteiro (*n*=57; 62%), seguido dos desempregados que estão à procura de emprego (*n*=21; 22,8%). Se a estes últimos juntarmos aqueles que não têm trabalho, então a situação de desemprego agrava-se (*n*=31; 33,7%).

A maior parte dos sujeitos tem o ensino secundário (*n*=32; 34,8%), seguido daqueles que têm o 2º e 3º ciclo do ensino básico (*n*=24; 26,1%) e dos licenciados (*n*=24; 26,1%). Realça-se o facto de uma frequência, que consideramos não desprezível, não ter concluído o ensino básico (*n*=5; 5,4%).

Ao nível do salário mensal familiar, predomina 600-1200 euros/mês (*n*=40; 43,5%), seguido de 1200-1800 euros/mês (*n*=20; 21,7%). Existem 14 famílias (15,2%) que vivem com menos de 600 euros/mês.

	<i>n</i>	<i>%</i>
+ Que tipo de relação tem com a criança que usufrui dos serviços ELI?		
Pai/mãe	87	94,6
Avô/Avó	5	5,4
+ Qual o seu género		
Masculino	10	10,9
Feminino	79	85,9
Não respondeu	3	3,3
+ Idade do familiar		
20-30 anos	7	7,6
31-40 anos	58	63,0
41-50 anos	20	21,7
51-60 anos	3	3,3
61-70 anos	2	2,2
Não respondeu	2	2,2
+ Qual o seu estado civil?		
Casado(a)/a viver com companheiro(a)	82	89,1
Divorciado(a) ou Separado(a)	4	4,3
Viúvo(a)	1	1,1
Solteiro(a)	5	5,4
+ Qual a sua situação de emprego?		
Emprego a tempo inteiro	57	62,0
Emprego a part-time	2	2,2
Desempregado mas à procura de emprego	21	22,8
Sem trabalho	10	10,9
Não respondeu	2	2,2
+ Quais as suas habilitações literárias?		
Alguns estudos sem finalizar o ensino básico	5	5,4
2º e 3º ciclo	24	26,1
Ensino secundário	32	34,8
Licenciatura	24	26,1
Pós-graduação ou mestrado	2	2,2
Outro	5	5,4
+ Outro, qual?		
Bacharelato	4	80,0
Cabeleireira	1	20,0
+ Considerando todas as fontes de rendimento, qual o salário mensal total de toda a família?		
menos de 600/mês	14	15,2
de 600 a 1200/mês	40	43,5
de 1200 a 1800/mês	20	21,7
de 1800 a 2500/mês	9	9,8
mais de 2500/mês	3	3,3
Não respondeu	6	6,5

Tabela 1-Frequência absoluta (n) e relativa (%) de sujeitos em cada opção de resposta: Familiar.

A Tabela 2 apresenta a frequência absoluta (*n*) e relativa (%) de sujeitos quanto a alguns indicadores sociodemográficos, relativos à criança.

Verifica-se que a maior parte das crianças são do sexo masculino (*n*=70; 76,1%). Ao nível do diagnóstico, as causas são diversificadas. Contudo, destacam-se a ausência de um diagnóstico específico (*n*=26; 28,3%), atraso de desenvolvimento (*n*=19; 20,7%), dificuldades de linguagem ou fala (*n*=13; 14,1%) e desordem do espectro do autismo (*n*=11, 12%).

Em termos de frequência de apoio da ELI, a maioria tem uma vez por semana (*n*=68; 73,9%).

Em relação ao envolvimento da ELI que apoia a criança, a maioria referiu que “o profissional envolve-me na intervenção para que eu possa dar continuidade à mesma” (*n*=44; 47,8%), seguido de “não estou presente quando o meu filho recebe apoio da ELI” (*n*=14; 15,2%). Destacam-se, também, a grande frequência de educadores que não respondeu (*n*=19; 20,7%).

	<i>n</i>	%
+ Qual o género da criança?		
Masculino	70	76,1
Feminino	22	23,9
+ A criança tem diagnóstico de:		
Défice e desordem de atenção	4	4,3
Desordem do espectro do autismo	11	12,0
Atraso de desenvolvimento	19	20,7
Desordem emocional ou comportamental	2	2,2
Deficiência auditiva e surdez	2	2,2
Deficiência visual e cegueira	1	1,1
Défice Intelectual	2	2,2
Deficiência Motora	3	3,3
Dificuldades de linguagem ou fala	13	14,1
Problemas de Saúde	5	5,4
Outras Deficiências	1	1,1
Sem Diagnóstico Específico	26	28,3
Não respondeu	3	3,3
+ Problemas de saúde da criança:		
Baixa Auditiva	1	1,1
Cardiopatia Congénita	1	1,1
Cromossomopatia	1	1,1
Macrocefalia	1	1,1
Neurofibromatose Tipo 1	1	1,1
Síndrome S. Williams	1	1,1
+ Com que frequência recebe apoio da ELI?		
Uma vez por semana	68	73,9
Duas vezes por semana	8	8,7

Uma vez de quinze em quinze dias	9	9,8
Uma vez por mês	4	4,3
Outra	2	2,2
Não respondeu	1	1,1
+ Outro, qual?		
3 meses	1	50,0
3 vezes	1	50,0
+ Qual destas cinco questões melhor descreve a forma como está envolvido com a ELI que lhe fornece apoio ao seu filho(a)?		
Não estou presente quando o meu filho recebe apoio da ELI	14	15,2
Apenas observo o profissional a trabalhar com o meu filho	2	2,2
O profissional explica o que está a fazer com o meu filho	4	4,3
O profissional mostra-me e explica-me como devo intervir junto do meu filho	9	9,8
O profissional envolve-me na intervenção para que eu possa dar continuidade à mesma.	44	47,8
Não respondeu	19	20,7

Tabela 2-Frequência absoluta (n) e relativa (%) de sujeitos em cada opção de resposta: crianças.

A Tabela 3 apresenta a frequência absoluta (n) e relativa (%) de profissionais que apoiam a família e a criança.

A maioria dos apoios são prestados por educadores de infância (n=40; 43,5%), terapeutas da fala (n=36; 39,1%), psicólogos (n=27; 29,3%) e terapeutas ocupacionais (n=23; 25%). Os profissionais menos requisitados são o fisioterapeuta e a assistente social. Um sujeito referiu que tem “outro” tipo de apoio, para o efeito por parte do professora de Educação Especial.

+ Profissão dos profissionais que apoiam a sua família e criança:	SIM		NÃO	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Psicólogo(a)	27	29,3	65	70,7
Terapeuta da fala	36	39,1	55	59,8
Fisioterapeuta	11	12,0	80	87,0
Assistente social	10	10,9	81	88,0
Terapeuta ocupacional	23	25,0	68	73,9
Educador(a) de Infância	40	43,5	51	55,4
Outro	1	1,1	---	---

Tabela 3-Frequência absoluta (n) e relativa (%) de profissionais que apoiam a família e a criança.

Nota: sempre que a soma de sim+não é inferior a 92 sujeitos (ou a 100%), tal deve-se à não resposta por parte de 1 sujeito.

A Tabela 4 apresenta a frequência absoluta (n) e relativa (%) de sujeitos quanto a alguns indicadores sociodemográficos, relativos à criança e à família.

Verifica-se que nas questões 17, 18 e 19, a maioria dos respondentes referiu “sempre”, sendo que na questão 17, n=50 (54,3%), na questão 18, n=71 (77,2%) e na questão 19, n=77 (83,7%). De notar que as opções de resposta “nunca” e “raramente” registam as mais baixas frequências de resposta.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não respondeu
Questão 17	3 (3,3%)	2 (2,2%)	4 (7,6%)	23 (25%)	50 (54,3%)	7 (7,6%)
Questão 18	2 (2,2%)	---	2 (2,2%)	15 (16,3%)	71 (77,2%)	2 (2,2%)
Questão 19	---	---	3 (3,3%)	11 (12%)	77 (83,7%)	1 (1,1%)

Tabela 4-Frequência absoluta (n) e relativa (%) de sujeitos em cada opção de resposta.

Questão 17 - A atenção que recebe da ELI é focada nas necessidades, preferências, recursos, etc., de toda a sua família (irmãos, pais, avós, etc.)?

Questão 18 - As diferentes atividades realizadas (avaliação, intervenção, acompanhamento inicial, etc.) ocorrem nos diferentes locais onde o seu filho costuma passar mais tempo (casa, escola, etc.)?

Questão 19 - Os profissionais incentivam a participar ativamente em todas as decisões relativas ao seu filho e à sua família?

A Tabela 5 apresenta os valores mínimo e máximo, média, desvio-padrão e coeficiente de variação das variáveis quantitativas sociodemográficas. A idade do familiar regista moderada dispersão ($15% < CV < 30$), ao passo que a idade da criança e o tempo que a recebe apoio da ELI regista forte dispersão ($CV > 30\%$).

	Mín	Máx	Média	DP	CV (%)
Idade do familiar (anos)	23,0	65,0	38,1	6,93	18,2
Idade da criança (meses)	11,0	121,0	44,2	17,07	38,6
Tempo que recebe apoio da ELI (meses)	6	47	20,61	10,14	49,2

Tabela 5-Valores mínimo e máximo, média, desvio-padrão e coeficiente de variação de algumas variáveis sociodemográficas.

A Tabela 6 apresenta o valor mínimo e máximo, média, desvio-padrão e coeficiente de variação das subescalas do questionário Escala de Práticas Centradas na Família e Resultados Familiares (2016). Com exceção da subescala “bem-estar parental negativo” e “bem-estar parental” com os mais baixos registos médios, nas restantes subescalas a média aproxima-se do valor máximo, denotativo das práticas centradas na família. A subescala “bem-estar parental negativo” revela forte heterogeneidade por parte dos sujeitos da amostra, i.e., nem todos partilham da mesma opinião quanto aos

sentimentos negativos. Nas restantes subescalas regista-se uma maior homogeneidade na forma como os sujeitos assumem as diferentes práticas.

	Mín	Máx	Média	DP	CV (%)
Práticas relacionais	3,7	5,0	4,7	0,35	7,4
Práticas participativas	3,5	5,0	4,7	0,36	7,6
Bem-estar parental	3,0	5,0	3,7	0,45	12,2
Bem-estar parental positivo	2,0	5,0	4,1	0,71	17,4
Bem-estar parental negativo	1,0	5,0	2,7	1,00	37,7
Competências e confiança dos pais	3,8	5,0	4,5	0,36	8,0
Crenças e auto-eficácia	3,3	5,0	4,6	0,44	9,5

Tabela 6-Valores mínimo e máximo, média, desvio-padrão e coeficiente de variação: subescalas do questionário Escala de Práticas Centradas na Família e Resultados Familiares.

A tabela 7 evidencia a frequência absoluta (*n*) e relativa (%) de sujeitos em cada opção de resposta do questionário Escalas de Práticas Centradas na Família e Resultados Familiares. Deste modo, destacamos a questão 5 que refere a tranquilidade e serenidade da família em que 37% respondem que isso acontecem a maioria das vezes, seguido de 33,7% que refere que acontece sempre, temos ainda 27,2% que referem sentirem-se tranquilos algumas vezes.

A questão 9, que refere a confiança e competência parental revela ainda 44,6% que respondem a maioria das vezes, ainda que a maioria, 52,2% referem que acontece sempre.

A questão 13 apresenta 38% de respostas que indicam que a sensação de controle acontece na maioria das vezes e 47,8% dos familiares referem que acontece sempre.

A questão 15 foca o bem-estar parental negativo, tendo a percentagem de respostas mais elevadas 29,3% na resposta, raramente. Seguida de 35,9% que referem que acontece algumas vezes.

Finalmente na questão 19, 41,3% dos familiares refere que na maioria das vezes é capaz de tomar decisões sobre os serviços ou apoios que quer para o seu filho. Mas ainda 54,3%, uma maioria, refere ser sempre capaz de tomar essas decisões.

	Nunca		Raramente		Algumas vezes		A maioria das vezes		Sempre	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Q1	---	---	---	---	2	2,2	11	12,0	79	85,9
Q2	---	---	---	---	2	2,2	25	27,2	65	70,7
Q3	---	---	---	---	3	3,3	20	21,7	69	75,0
Q4	---	---	---	---	2	2,2	36	39,1	54	58,7
Q5	1	1,1	1	1,1	25	27,2	34	37,0	31	33,7
Q6	---	---	---	---	3	3,3	17	18,5	72	78,3
Q7	---	---	---	---	1	1,1	16	17,4	75	81,5
Q8	---	---	---	---	3	3,3	22	23,9	67	72,8
Q9	---	---	---	---	3	3,3	41	44,6	48	52,2
Q10	---	---	2	2,2	15	16,3	45	48,9	30	32,6
Q11	---	---	---	---	2	2,2	21	22,8	69	75,0
Q12	---	---	---	---	7	7,6	21	22,8	64	69,6
Q13	1	1,1	---	---	12	13,0	35	38,0	44	47,8
Q14	2	2,2	3	3,3	10	10,9	41	44,6	36	39,1
Q15	16	17,4	27	29,3	33	35,9	8	8,7	8	8,7
Q16	1	1,1	---	---	4	4,3	39	42,4	48	52,2
Q17	---	---	---	---	2	2,2	22	23,9	68	73,9
Q18	---	---	---	---	5	5,4	27	29,3	60	65,2
Q19	1	1,1	---	---	3	3,3	38	41,3	50	54,3
Q20	5	5,4	7	7,6	12	13,0	21	22,8	47	51,1
Q21	1	1,1	---	---	4	4,3	23	25,0	64	69,6
Q22	---	---	---	---	2	2,2	18	19,6	72	78,3
Q23	---	---	---	---	---	---	4	4,3	88	95,7
Q24	---	---	---	---	2	2,2	16	17,4	74	80,4
Q25	---	---	---	---	2	2,2	17	18,5	73	79,3

Tabela 7-Freqüência de respostas de cada item da Escala de Práticas Centradas na Família e Resultados Familiares.

- 1.Os profissionais ouvem realmente as minhas preocupações
- 2.Os profissionais fornecem-me a informação de que preciso para fazer boas escolhas
- 3.Sou capaz de trabalhar com os profissionais para poder decidir a maneira de trabalharem com o meu filho(a) e com a minha família
- 4.Sou capaz de oferecer ao meu filho(a) oportunidades/experiências que os ajudam na sua aprendizagem
- 5.Sinto-me tranquilo(a), sereno(a), e relaxado(a)
- 6.Os profissionais vêm o(s) meu(s) filho(s) e a minha família de forma positiva e são
- 7.Os profissionais são sensíveis aos meus pedidos de aconselhamento ou ajuda
- 8.Sou capaz de decidir com os profissionais, quais os resultados/objetivos que eu quero para o meu filho(a) e família (ou aspetos a trabalhar)
- 9.Confio na minha capacidade de promover o desenvolvimento do meu filho(a)
- 10.Penso que as coisas correm bem à minha família
- 11.Os profissionais compreendem o meu filho(a) e a minha situação familiar
- 12.Os profissionais ajudam-me a participar de forma ativa para conseguir recursos e apoios desejados
- 13.Sinto que tenho controle sobre a ajuda e/ou apoios que recebo da ELI
- 14.Sou capaz de obter informações acerca das ativ/s. existentes na comunidade/vizinhança para o meu filho(a)
- 15.Sinto-me ansioso(a) e preocupado(a)
- 16.Os profissionais reconhecem os pontos fortes dos meus filhos(as) e da minha família
- 17.Os profissionais são flexíveis quando a minha situação familiar muda
- 18.Sinto-me bem por ser capaz de identificar o que o(s) meu(s) filho(s) e a minha família precisam da ELI e dos profissionais
- 19.Sou capaz de tomar decisões sobre quais os serviços ou apoios que o meu filho(a) precisa
- 20.Sinto-me sozinho(a) ou isolado(a) dos outros
- 21.Os profissionais cumprem aquilo que prometem
- 22.Os profissionais ajudam-me a aprender/fazer coisas que beneficiem o meu filho(a) e a minha família
- 23.Gosto de fazer coisas com o meu filho
- 24.Os profissionais reconhecem as coisas boas que eu faço como mãe/pai
- 25.Os profissionais apoiam-me quando tomo uma decisão

2. Análise de consistência interna da Escala

A consistência ou fidelidade de uma escala, refere-se ao grau de exatidão ou confiança que podemos ter na informação que dela vem (Almeida & Freire, 2008). A tabela 8 evidencia a análise da consistência interna das subescalas do questionário Escala de Práticas Centradas na Família e Resultados Familiares recorrendo ao cálculo do Alpha de Cronbach. Considerando a proposta de Nunnally (1978), observa-se que todas as subescalas têm consistência interna dentro da margem de aceitabilidade. Contudo, os valores encontrados não parecem ser um garante da precisão da escala, uma vez que à luz da escala apresentada por Pestana & Gageiro (2005) qualquer α -Cronbach abaixo de 0,60 é considerado “inaceitável” e entre 0,60-0,70 a consistência interna é considerada “fraca”. Assim, apenas a subescala práticas participativas tem consistência interna “razoável”. Em Anexo E, observa-se o α -Cronbach com a eliminação de itens, verificando-se que a consistência interna não melhora.

	α-Cronbach
+ Práticas Relacionais ($k=6$)	0,69
+ Práticas Participativas ($k=6$)	0,80
+ Bem-estar Parental ($k=4$)	0,28
+ Competências e Confiança dos Pais ($k=5$)	0,53
+ Crenças e Auto-eficácia ($k=4$)	0,67

Tabela 8- α -Cronbach na avaliação da consistência interna.

k , é o número de itens.

3. Análise de correlação e de associação

3.1. Correlação inter subescalas do questionário Escala de Práticas Centradas na Família e Resultados Familiares

A Tabela 9 apresenta a matriz de correlações de Spearman entre as subescalas do questionário Escala de Práticas Centradas na Família e Resultados Familiares. O bem-estar parental tem muito fraca correlação ($r < 0,19$) com as outras subescalas. As restantes correlações têm orientação positiva, o que significa que ao aumento do valor de uma subescala corresponde o aumento do valor da outra subescala; são estatisticamente

significativas ($p < 0,01$), indiciando que o valor obtido com uma amostra provavelmente ocorrerá na população em idêntica magnitude; variam entre fraca magnitude (PR vs CCP, $r = 0,30$), moderada magnitude (PR vs CAE, $r = 0,61$; PP vs CCP, $r = 0,44$; CCP vs CAE, $r = 0,53$) e forte magnitude (PR vs PP, $r = 0,78$; PP vs CAE, $r = 0,70$).

Estes dados confirmam a Hipótese 11 “Existe uma relação entre as práticas participativas e as práticas relacionais”, pois, como vimos, $r = 0,78$ ($p < 0,01$).

No que concerne à Hipótese 12 “As práticas centradas na família relacionam-se positivamente com os resultados percebidos pelas famílias” podemos dizer que existe relação entre as variáveis em análise, particularmente, entre PR e CAE; PP e CAE; PR e CCP; PP e CCP com a exceção do BEP que desmonstrou correlações muito fracas ($r < 0,19$)

	PR	PP	BEP	CCP	CAE
PR	---				
PP	0,78**	---			
BEP	-0,01	0,09	---		
CCP	0,30**	0,44**	0,13	---	
CAE	0,61**	0,70**	0,11	0,53**	---

Tabela 9-Correlação entre as subescalas do questionário Escala de Resultados e Práticas Centradas na Família.

PR – práticas relacionais

PP – Práticas participativas

BEP – Bem-estar parental

CCP – Competências e confiança dos pais

CAE – Crenças e auto-eficácia

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

3.2. Correlação entre as subescalas do questionário Escala de Práticas Centradas na Família e Resultados Familiares vs algumas variáveis

A Tabela 10 apresenta a matriz de correlações de Spearman entre as subescalas do questionário Escala de Práticas Centradas na Família e Resultados Familiares vs algumas variáveis. Constata-se que as questões 17 e 19 e as fontes de rendimento não têm fortes correlações com as subescalas, ainda que em alguns casos se regista significância estatística. As fontes de rendimento correlacionam-se fracamente com as subescalas. A subescala BEP tem muito fraca correlação com as variáveis em análise. A questão 17 tem correlação moderada com a subescala CAE. A questão 19, tem correlação moderada com as subescalas PR, PP e CAE.

	Questão 17	Questão 19	Fontes de rendimento
PR	0,34**	0,51**	0,05
PP	0,35**	0,53**	0,09
BEP	0,03	0,07	-0,19
CCP	0,31**	0,32**	0,02
CAE	0,44**	0,52**	-0,02

Tabela 10-Correlação entre as subescalas do questionário Escala de Resultados e Práticas Centradas na Família vs algumas variáveis.

PR – práticas relacionais
PP – Práticas participativas
BEP – Bem-estar parental

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

CCP – Competências e confiança dos pais
CAE – Crenças e auto-eficácia

Questão 17 - A atenção que recebe da ELI é focada nas necessidades, preferências, recursos, etc., de toda a sua família (irmãos, pais, avós, etc.)?

Questão 19 - Os profissionais incentivam a participar ativamente em todas as decisões relativas ao seu filho e à sua família?

3.3. Associação entre o género vs itens da Escala de Práticas Centradas na Família e Resultados Familiares

A Tabela 11 apresenta os resultados do teste do quiquadrado de independência referentes à associação entre o género vs itens da Escala de Práticas Centradas na Família e Resultados Familiares. Constata-se que em todos os itens não existem evidências estatisticamente significativas ($p > 0,05$) para rejeitar a hipótese nula da independência entre os grupos (homens e mulheres), ou seja, não existe relação entre o género e a forma como é apreciado cada um dos itens da Escala de Resultados e Práticas Centradas na Família.

	χ^2	p
1.Os profissionais ouvem realmente as minhas preocupações	0,332	1,000
2.Os profissionais fornecem-me a informação de que preciso para fazer boas escolhas	0,688	0,776
3.Sou capaz de trabalhar com os profissionais para poder decidir a maneira de trabalharem com o meu filho(a) e com a minha família	0,816	0,781
4.Sou capaz de oferecer ao meu filho(a) oportunidades/experiências que os ajudam na sua aprendizagem	0,263	1,000
5.Sinto-me tranquilo(a), sereno(a), e relaxado(a)	0,786	0,877
6.Os profissionais vêem o(s) meu(s) filho(s) e a minha família de forma positiva e são	3,847	0,101
7.Os profissionais são sensíveis aos meus pedidos de aconselhamento ou ajuda	0,528	0,723
8.Sou capaz de decidir com os profissionais, quais os resultados/objetivos que eu quero para o meu filho(a) e família (ou aspetos a trabalhar)	1,576	0,610
9.Confio na minha capacidade de promover o desenvolvimento do meu filho(a)	0,528	0,826
10.Penso que as coisas correm bem à minha família	1,044	0,733

11.Os profissionais compreendem o meu filho(a) e a minha situação familiar	3,101	0,299
12.Os profissionais ajudam-me a participar de forma ativa para conseguir recursos e apoios desejados	0,096	1,000
13.Sinto que tenho controle sobre a ajuda e/ou apoios que recebo da ELI	2,335	0,449
14.Sou capaz de obter informações acerca das ativ/s. existentes na comunidade/vizinhança para o meu filho(a)	6,095	0,159
15.Sinto-me ansioso(a) e preocupado(a)	2,075	0,764
16.Os profissionais reconhecem os pontos fortes dos meus filhos(as) e da minha família	1,233	0,648
17.Os profissionais são flexíveis quando a minha situação familiar muda	3,948	0,149
18.Sinto-me bem por ser capaz de identificar o que o meu filho e a minha família precisam da ELI e dos profissionais	5,691	0,056
19.Sou capaz de tomar decisões sobre quais os serviços ou apoios que o meu filho(a) precisa	0,557	1,000
20.Sinto-me sozinho(a) ou isolado(a) dos outros	2,475	0,636
21.Os profissionais cumprem aquilo que prometem	0,712	1,000
22.Os profissionais ajudam-me a aprender/fazer coisas que beneficiem o meu filho(a) e a minha família	3,058	0,370
23.Gosto de fazer coisas com o meu filho	1,520	0,304
24.Os profissionais reconhecem as coisas boas que eu faço como mãe/pai	0,320	1,000
25.Os profissionais apoiam-me quando tomo uma decisão	3,504	0,171

Tabela 11-Teste do quiquadrado entre género vs itens da Escala de Resultados e Práticas Centradas na Família

3.4. Análise dos dados em função das hipóteses de investigação

Continuamente, serão apresentados os resultados obtidos de acordo com as hipóteses formuladas.

Hipótese 1: O grau académico do respondente não interfere com a opinião da família acerca das práticas utilizadas pelos profissionais.

A Tabela 12 apresenta os resultados da influência do grau académico na perceção da família quanto às práticas centradas na família por parte dos profissionais. Verifica-se que não existe relação entre grau académico e as práticas relacionais ($\chi^2=1,643$; $p=0,896$) e participativas ($\chi^2=5,584$; $p=0,349$), pelo que o grau académico é independente do comportamento das práticas centradas na família, o confirma a H1.

	Práticas Relacionais				Práticas Participativas			
	<i>n</i>	MR	χ^2	<i>p</i>	<i>n</i>	MR	χ^2	<i>p</i>
Não concluiu o ensino básico	5	35,1 0			5	30,40		
2º e 3º ciclo	24	45,5 2			24	44,88		
Ensino secundário	32	46,7 5	1,64	0,89	32	45,25		
Licenciatura	24	47,4 2	3	6	24	49,35	5,584	0,349
Pós-graduação ou mestrado	2	49,7 5			2	42,50		
Outros	5	55,3 0			5	66,30		

Tabela 12-Teste do quiquadrado de independência entre as práticas centradas na família por parte dos profissionais com o grau de escolaridade

MR – Mean Rank

Hipótese 2: A idade dos pais não influencia a percepção das famílias acerca das práticas utilizadas pelos profissionais.

A Tabela 13 apresenta os resultados da influência da idade (em classes) quanto à percepção das práticas centradas na família por parte dos profissionais. Verifica-se que não existe relação entre a idade e as práticas relacionais ($\chi^2=1,392$; $p=0,846$) e participativas ($\chi^2=2,562$; $p=0,634$), pelo que a idade é independente do comportamento das práticas centradas na família, o que confirma a H2.

	Práticas Relacionais				Práticas Participativas			
	<i>n</i>	MR	χ^2	<i>p</i>	<i>n</i>	MR	χ^2	<i>p</i>
20-30 anos	7	45,43			7	47,79		
31-40 anos	58	45,64			58	44,27		
41-50 anos	20	42,50	1,392	0,846	20	47,65	2,562	0,634
51-60 anos	3	60,67			3	61,33		
61-70 anos	2	49,00			2	28,00		

Tabela 13-Teste do quiquadrado de independência entre as práticas centradas na família com a idade.

MR – Mean Rank

Hipótese 3: Não existem diferenças quanto à percepção das famílias acerca das práticas utilizadas pelos profissionais conforme o género do respondente.

Na Tabela 14 apresenta-se a comparação entre homens e mulheres respondentes quanto à percepção os mesmos em relação às práticas relacionais ($U=392$; $p=0,968$) e participativas ($U=344$; $p=0,487$). Verifica-se que não existem diferenças entre os géneros, pelo que ser homem ou mulher é indiferente quanto ao comportamento adotado, o que confirma a H3.

	Práticas Relacionais				Práticas Participativas			
	<i>n</i>	MR	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	MR	<i>U</i>	<i>p</i>
Masculino	10	44,70	392,0	0,968	10	50,10	344,0	0,487
Feminino	79	45,04			79	44,35		

Tabela 14-Teste U Mann-Whitney na comparação entre homens e mulheres (respondentes) quanto às Práticas Relacionais e Participativas.

MR – Mean Rank

Hipótese 4: Não existem diferenças na percepção das famílias acerca das práticas centradas na família conforme o estado civil do respondente.

A Tabela 15 apresenta os resultados da influência do estado civil na percepção da família quanto às práticas centradas na família utilizadas pelos profissionais. Verifica-se que não existe relação entre o estado civil e as práticas relacionais ($\chi^2=1,024$; $p=0,795$) e participativas ($\chi^2=1,257$; $p=0,739$), pelo que o estado civil é independente do comportamento das práticas centradas na família, o que confirma a H4.

	Práticas Relacionais				Práticas Participativas			
	<i>n</i>	MR	χ^2	<i>p</i>	<i>n</i>	MR	χ^2	<i>p</i>
Casado(a)/a viver com companheiro(a)	82	46,46	1,024	0,795	82	46,45	1,257	0,739
Divorciado(a) ou Separado(a)	4	52,25			4	52,00		
Viúvo(a)	1	23,00			1	20,50		
Solteiro(a)	5	47,30			5	48,10		

Tabela 15-Teste do QuiQuadrado de independência entre o estado civil e as práticas centradas na família.

MR – Mean Rank

Hipótese 5: O grau de parentesco do respondente para com a criança não influencia a percepção das famílias acerca das práticas utilizadas pelos profissionais.

Na Tabela 16 apresenta-se a comparação entre graus de parentesco dos respondentes quanto às práticas relacionais ($U=200$; $p=0,756$) e participativas ($U=177,5$; $p=0,469$). Verifica-se que não existem diferenças entre os graus de parentesco, pelo que ser pai/mãe ou avô/avó é indiferente quanto ao comportamento adotado, o que confirma a H5.

	Práticas Relacionais				Práticas Participativas			
	<i>n</i>	MR	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	MR	<i>U</i>	<i>p</i>
Pai/mãe	87	46,7 0	200,0	0,75 6	87	46,96	177,5	0,469
Avô/Avó	5	43,0 0						

Tabela 16-Teste U Mann-Whitney na comparação entre graus de parentesco (respondentes) quanto às práticas relacionais e participativas

MR – Mean Rank

Hipótese 6: O número de adultos e crianças a viver em casa está relacionado com a percepção das famílias acerca das práticas utilizadas pelos profissionais.

A Tabela 17 demonstra não existirem relações entre o número de adultos e crianças a viver em casa e a forma como este número está relacionado com a percepção das famílias acerca das práticas centradas na família. Para além das correlações serem muito fracas ($r<0,19$), também são não-significativas ($p>0,05$) e com orientação negativa, significando que, ainda que muito fracamente, ao aumento do número de crianças e adultos no agregado familiar corresponde (fracamente) uma diminuição das práticas relacionais e participativas (ou vice-versa), o que não confirma a H6.

	Quantos adultos vivem atualmente em casa?	Quantas Crianças vivem atualmente em casa?
Práticas Relacionais	-0,08	-0,03
Práticas Participativas	-0,13	-0,04

Tabela 17-Correlação entre as subescalas percepção das famílias acerca das práticas centradas na família vs número de adultos e crianças a viverem em comum.

Hipótese 7: As famílias com mais frequência de apoio referem uma maior influência das práticas centradas na família por parte dos profissionais.

A Tabela 18 apresenta os resultados da influência da frequência de apoio com as nas práticas centradas na família. Verifica-se que não existe relação entre a frequência de apoio e as práticas relacionais ($\chi^2=3,989$; $p=0,408$) e participativas ($\chi^2=2,256$; $p=0,689$), pelo que a quantidade de sessões de apoio é independente das práticas centradas na família, o que não confirma a H7.

	Práticas Relacionais				Práticas Participativas			
	<i>n</i>	MR	χ^2	<i>p</i>	<i>n</i>	MR	χ^2	<i>p</i>
Uma vez por semana	68	46,75	3,989	0,408	68	46,03	2,256	0,689
Duas vezes por semana	8	41,00			8	43,38		
Uma vez de 15 em 15 dias	9	37,61			9	44,78		
Uma vez por mês	4	47,38			4	41,00		
Outra	2	75,50			2	71,00		

Tabela 18-Teste do quiquadrado de independência entre o estado civil e as práticas centradas na família

MR – Mean Rank

Hipótese 8: Não existem diferenças na percepção das famílias acerca das práticas utilizadas pelos profissionais conforme o género da criança.

A Tabela 19 mostra que a um nível de significância de 5% não existem evidências de diferenças estatisticamente significativas na percepção das famílias acerca das práticas centradas na família em função do género da criança. Ou seja, ser rapaz ou rapariga resulta no mesmo tipo de comportamento por parte das famílias, o que confirma a H8.

	Práticas Relacionais				Práticas Participativas			
	<i>n</i>	MR	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	MR	<i>U</i>	<i>p</i>
Masculino	70	45,7	720,0	0,63	70	46,65	759,5	0,919
Feminino	22	48,7			22	46,02		

Tabela 19-Teste U Mann-Whitney na comparação das práticas relacionais e participativas em função do género da criança.

MR – Mean Rank

Hipótese 9: A idade da criança não está relacionada com a percepção das famílias acerca das práticas utilizadas pelos profissionais.

Pela Tabela 20 verifica-se que a relação entre as práticas relacionais e participativas é ínfima e não-significativa, o que indica (praticamente) a ausência de influência da idade da criança na percepção das famílias acerca das práticas centradas na família, o que não confirma a H9.

	Idade da criança
Práticas Relacionais	0,03
Práticas Participativas	0,04

Tabela 20-Correlação entre as práticas relacionais e participativas vs idade da criança.

Hipótese 10: A variável relativa ao tempo que a criança e a família usufruem dos serviços da ELI está relacionada com a percepção que as famílias têm dos resultados.

Pela Tabela 21 constata-se que existe uma magnitude muito fraca entre as práticas relacionais e participativas vs tempo que a criança e a família usufruem dos serviços da ELI. Estes dados indicam que a percepção que as famílias têm dos resultados é independente do tempo que o(a) seu (sua) filho(a) usufrui dos serviços d ELI, o que não confirma a H10.

	Tempo que a criança e a família usufruem dos serviços da ELI
Práticas Relacionais	-0,02
Práticas Participativas	0,11

Tabela 21-Correlação entre as práticas relacionais e participativas vs tempo que a criança e a família usufruem dos serviços da ELI.

IV Capítulo – Discussão dos Resultados

O presente estudo tem como objetivo analisar a percepção das famílias no que diz respeito às práticas centradas na família utilizadas pelos profissionais. Neste capítulo, procuramos analisar e interpretar os resultados obtidos na investigação, tendo como base os objetivos de estudo e as hipóteses formuladas. Apresentaremos então uma análise, interpretação e reflexão sobre os dados mais relevantes, de acordo com os objetivos e as hipóteses de investigação, correlacionando sempre com outros estudos nacionais e internacionais no contexto das práticas centradas na família.

Hoje em dia, não se fala em IP isoladamente daquilo que são as práticas centradas na família. Estas práticas referem acima de tudo o empowerment/capacitação das famílias através dos métodos e procedimentos utilizados pelos profissionais para envolver a família em oportunidades e experiências que fortaleçam capacidades já existentes e que promovam o desenvolvimento de novas competências parentais, com o objetivo de reforçar a confiança e competência dos pais e, conseqüentemente, da criança (Dunst, 2016 cit in Serrano, no prelo). Um serviço de IP centrado na família é um indicador de qualidade, na medida em que, uma intervenção com base numa abordagem centrada na família é aquela que produz melhores resultados e, conseqüentemente, mais benefícios para as crianças e família (Dunst & Trivette, 2005 & Espe-Sherwindt & Serrano, 2016). De acordo com Dunst, Trivette e Hamby, 2006, após uma análise de 18 estudos, verificou-se que o uso das práticas centradas na família está fortemente relacionado com crenças de auto-eficácia, percepção dos pais sobre o comportamento e funcionamento das crianças e empoderamento. Desta forma, visto que o foco da IP é a família, é através dela que poderemos sempre obter uma avaliação mais eficaz das práticas utilizadas pelos profissionais e respectivos resultados associados (Espe-Sherwindt, 2008). Até à data foram muitos os estudos realizados evidenciando e valorizando estes princípios, e são muitos os instrumentos validados para medir a adesão dos profissionais às práticas centradas na família. (Dempsey & Dunst, 2004; Dunst, Trivette & Hamby, 2006; Tegethof, 2007; Pereira, 2009; Oliveira, 2011; Carvalho, 2015;)

Quanto aos resultados obtidos no nosso estudo, podemos salientar que estes são bastante positivos. Neste sentido, na nossa investigação e tal como se tem vindo a verificar em estudos anteriores, constatamos que as famílias inquiridas denotam que as práticas dos profissionais vão de encontro àquilo que são práticas centradas na família.

(McWilliam, 2000; Dempsey & Dunst, 2004; Tegethof, 2007; Pereira, 2009; Oliveira, 2011; Maia, 2013; Carvalho, 2015;).

Primeiramente, e abordando as hipóteses formuladas, verificamos que nas hipóteses que relacionam os dados sociodemográficos com as práticas utilizadas pelos profissionais, não evidenciam relação significativa entre ambas. Na Hipótese 1: “O grau acadêmico do respondente não interfere com a opinião da família acerca das práticas utilizadas pelos profissionais”. O mesmo não acontece nos estudos de Carvalho (2015) que, por sua vez, verificaram que o nível de escolaridade das famílias influencia a percepção das mesmas quanto às práticas utilizadas pelos profissionais. A confirmação da nossa hipótese 1, pode revelar-nos, por parte dos profissionais uma boa adequação das práticas centradas na família, na medida em que, independentemente, do nível de escolaridade da mesma e, conseqüentemente, dos conhecimentos e da cultura que possam ter, as famílias demonstram uma compreensão positiva e equivalente da intervenção que usufruem. Nas hipóteses seguintes que relacionam outros dados sociodemográficos com as percepção das famílias quanto às práticas utilizadas pelos profissionais verificamos que também não existem diferenças significativas que mostrem a influência dos dados em relação à percepção das famílias quanto às práticas dos profissionais. Neste sentido, e em concordância com estudos de Mas et al.,(no prelo) e Dempsey e Dunst (2004), não existem relações significativas entre os dados sociodemográficos das crianças e das famílias e as práticas utilizadas pelos profissionais.

A hipótese 7 e a hipótese 10, que se referem à frequência e ao tempo que as famílias usufruem dos serviços da ELI e se o mesmo tem influência na percepção das mesmas em relação às práticas centradas na família, é confirmada, o que nos indica que a percepção que as famílias têm das práticas é independente do tempo e da frequência do apoio recebido. Contrariamente ao estudo de McWilliam, et al (2000), que refere que as famílias que usufruem dos serviços de IP há mais tempo indicam uma maior consistência do uso das PCF pelos profissionais.

Como foi referido na revisão da literatura deste estudo, as práticas centradas na família incluem as componentes relacionais e participativa, a primeira diz respeito a práticas associadas a atitudes e crenças positivas do profissional relativamente à família e às suas competências, como uma escuta ativa, empatia, a segunda refere práticas que proporcionam oportunidades para que a família se envolva de forma ativa nas escolhas e tomadas de decisão, aqui há mais ação, mais partilha de informação, mais incentivo para a família ser mais autónoma, usando os próprios conhecimentos e capacidades (Trivette

& Dunst, 2005; Tegethof, 2007). Segundo Dunst (2000a), o que diferencia as práticas centradas na família de outras formas de intervenção é, precisamente, a utilização paralela de ambas as componentes, relacional e participativa. Deste modo, o autor reforça que as práticas relacionais isoladas não são suficientes para fortalecer a família de forma a promover novas capacidades. Para que isso aconteça, é fundamental a componente participativa, que propõe um envolvimento ativo da família na intervenção.

Tal como foi acima referido, no presente estudo, verificamos uma adesão significativa dos profissionais às PCF, tanto às práticas relacionais, como às práticas participativas. No entanto, e apesar de ser positivo o uso das PCF pelos profissionais, o que vem acontecendo em estudos anteriores, demonstra-nos que, apesar de ser evidente um aumento na frequência das PCF, as práticas relacionais apresentam valores mais significativos do que as práticas participativas que, por sua vez, apontam ter ainda algumas lacunas e pontos a colmatar (McWilliam et al., 2000; Dempsey & Dunst, 2004; Trivette & Dunst, 2007; Tegethof, 2007; Pereira, 2009; Oliveira, 2011; Carvalho 2015 & Mas et al., 2016). Isto acontece devido à complexidade das práticas participativas, na medida em que, exige que o profissional abandone o papel de decisor e, pelo contrário, incentive e deixe que seja a família a participar ativamente no processo de intervenção e nos diferentes momentos de apoio, sendo ela a tomar decisões (Trivette & Dunst, 2005). Contrariamente aos estudos acima referidos, e apesar da complexidade das práticas participativas, a nossa investigação indica-nos que tanto estas, como as relacionais apresentam o mesmo valor mediano, o que demonstra que a adesão dos profissionais é a mesma em ambas as subescalas. Esta melhoria de resultados, particularmente, no que diz respeito às práticas participativas, e comparando a estudos anteriores, poderá estar relacionado com a formação dos profissionais e com a supervisão, sendo que a maioria dos profissionais que se encontram nas ELI do norte e do centro, que participaram no estudo, têm formação continuada em IP.

A investigação reforça a relevância de uma abordagem centrada na família na aquisição de resultados positivos por parte das famílias que usufruem dos serviços de IP, fundamentando que estes resultados são intensificados quando os profissionais têm formação adequada que lhes permita implementar práticas de qualidade e recomendadas em IP (DEC, 2014). Deste modo, poderemos mesmo dizer que, apesar do estudo se caracterizar por uma pequena amostra não deixa de evidenciar resultados mais positivos, comparativamente a estudos anteriores. Podemos então afirmar que se deve continuar a

apostar e valorizar toda a formação que tem sido feita até então para as equipas e profissionais de IP e alargá-la o mais possível para todo o país.

Pormenorizando agora cada item, chamamos a atenção para os itens das práticas relacionais menos selecionados pelas famílias, “os profissionais reconhecem os pontos fortes dos meus filhos(as) e da minha família”. Verificamos que a maioria das famílias responderam sempre, no entanto, existe ainda uma grande percentagem de famílias que responderam que esse comportamento acontecia na maioria das vezes, o que pode indicar que ainda existe dificuldade por parte dos profissionais de reconhecer os pontos fortes da criança e família ou apenas poderá não os reforçar e referir muitas vezes quanto necessárias. O mesmo acontece no estudo paralelo de Mas et al., (no prelo), que refere que este item foi o que obteve a pontuação mais baixa. Na questão 21, “Os profissionais cumprem aquilo que prometem”, é também onde a percentagem de resposta “sempre” é menor. Apesar de tudo, verificamos que a maioria das famílias responde que estes comportamentos acontecem sempre, no entanto, estes resultados podem ainda evidenciar algumas dificuldades que alguns profissionais poderão ter no que diz respeito a estes comportamentos.

Quanto às práticas participativas, o comportamento que revela menos adesão é o item 12 “Os profissionais ajudam-me a participar de forma ativa para conseguir recursos e apoios desejados”, ainda assim mais de metade das famílias responderam que esse comportamento acontecia “sempre”. Esta análise é, de certa forma, concomitante com alguns estudos como o de McWilliam et al., (2000) e Tegethof (2007), que referem que a maior dificuldade dos profissionais está em manter a família ativa na tomada de decisões e na escolha em relação às necessidades e recursos essenciais e desejados, no entanto, após a análise do nosso estudo e, comparativamente, a estudos anteriores, nota-se uma evolução e uma crescente adesão dos profissionais a esta prática.

No que diz respeito às correlações existentes entre as subescalas do questionário, podemos confirmar a hipótese 11, que refere a existência de uma relação entre as práticas relacionais e as práticas participativas, o que nos revela que ambas estão diretamente relacionadas. Num estudo reportado por Trivette, Dunst e Hamby (2010), encontraram correlações entre as práticas participativas e as relacionais de 0,82 com um nível de significância de *** $p < 0,001$. Neste estudo encontramos igualmente fortes relações entre estas variáveis, 0,78 com um nível de significância de ** $p < 0,01$. Isto significa que os profissionais que utilizam práticas participativas demonstram sempre níveis elevados no âmbito das práticas relacionais.

Destacamos ainda, a relação significativa que existe entre as práticas centradas na família e as crenças e auto-eficácia, o que vai de encontro a resultados obtidos noutros estudos (Dunst et al., 2006 & Mas Mestre et al., no prelo). Este resultado demonstra que utilização das práticas centradas na família irá proporcionar à família resultados eficientes no que respeita as suas crenças e auto-eficácia, ou seja, quanto mais envolvidos e ativos os pais estão na intervenção junto da criança, mais positivos serão os resultados de ambos. Não podemos deixar de evidenciar que a correlação mais forte foca-se entre as práticas participativas e as crenças e auto-eficácia, o que comprova, mais uma vez o aumento significativo do uso das práticas participativas e a consequente capacitação dos pais como resultado da intervenção, o mesmo acontece no estudo de Dunst, Trivette e Hamby (2006). Esta correlação significativa entre as PCF e as crenças e auto-eficácia, vem fortalecer a afirmação de que as PCF fornecem e criam oportunidades capacitadoras que apoiam e reforçam o funcionamento da família, ou seja, quanto mais enfoque se der, tanto às práticas relacionais, como às práticas participativas, mais elevados serão os níveis de empoderamento dos pais (Dunst & Trivette, 2010). Consequentemente, confirmamos a hipótese 12 “As práticas centradas na família relacionam-se positivamente com os resultados percecionados pelas famílias”.

Ainda que menos evidente, também os resultados de competências e confiança dos pais apresentam uma forte relação com as práticas participativas. Ressalvamos ainda os resultados das crenças e auto-eficácia relacionam-se significativamente com as competências e confiança dos pais, o que nos pode indicar que quanto maior a frequência das PCF, mais ainda das práticas participativas, utilizadas pelos profissionais, maior será a crença e auto-eficácia dos pais, e consecutivamente as suas competências e a sua confiança irão aumentar significativamente, pois o profissional está a dar oportunidade à família de se capacitar no que diz respeito a dar resposta às necessidades da criança. Também estes resultados estão em condordância com o estudo de Dunst, Trivette e Hamby (2006).

No que concerne aos itens do bem estar parental, os resultados são frágeis, mas como esta Escala está ainda em fase de desenvolvimento, os alfas de Cronbach destes itens também demonstram que terão de ser revistos e melhorados. No entanto, sabemos da investigação (Trivette, Dunst e Hamby, 2010) que, quanto mais os profissionais usarem as práticas centradas na família, maior será a capacidade da família e melhores serão os resultados de crenças e auto-eficácia. Estas práticas estão diretamente relacionadas com as crenças e auto-eficácia e com o bem estar parental e indiretamente

relacionadas com o bem estar mediado por avaliações de crenças ($p < .08$), isto é, quanto mais forças e ajudas e menos necessidades forem referidas pela família, mais positivas serão as suas avaliações de crenças e melhor será seu bem-estar. Os autores verificaram ainda que, o bem estar parental está ainda, diretamente, relacionado com as interações da família com a criança e, conseqüentemente, com o desenvolvimento da criança.

Salvaguardamos também, a correlação significativa entre as práticas centradas na família e alguns resultados associados, com as questões relativas ao apoio das ELI. Mais uma vez, o bem-estar parental não demonstra estar relacionado com o apoio recebido da ELI. Por outro lado, entre a questão 17 que refere a atenção que a família recebe da ELI e se a mesma é focada nas necessidades, preferências, recursos etc., de toda a sua família, temos níveis de significância moderada, essencialmente, comparando com as práticas centradas na família e as crenças e auto-eficácia, seguidas das competências e confiança dos pais, o que nos indica que esta atenção recebida da ELI está consideravelmente relacionada com as práticas que os profissionais praticam de forma positiva e consequentes resultados de capacitação da família. A questão 19 interroga os pais no que diz respeito ao incentivo que os profissionais lhes dão para que eles participem ativamente de todas as decisões relativas ao seu filho e à sua família, esta questão é a que apresenta um nível de significância maior no que diz respeito à relação com as práticas centradas na família, as crenças e auto-eficácia e a competência e confiança dos pais. Estas correlações vêm reforçar o uso das práticas centradas na família, ou seja, quanto mais os profissionais forem capazes de deixar a família decidir e participar ativamente no processo de desenvolvimento do seu filho(a), mais elas vão ficar capacitadas, confiantes, competentes e crentes de que têm capacidades de dar o melhor ao seu filho(a) fazendo-o de forma eficaz (Dunst, Trivette & Hamby, 2006).

Em suma, os resultados deste estudo denotam um vasto e crescente conjunto de evidências que demonstram que há uma relação substancial entre as PCF e o empoderamento/capacitação da família e que tanto as componentes relacionais como as participativas, são essenciais na facilitação desse mesmo empoderamento. No entanto, foi notório e evidente o aumento do uso das práticas participativas e foi também visível que estas exercem mais influência nos resultados familiares como as crenças e auto-eficácia e a competência e confiança dos pais.

Além disso, os resultados mostram que a relação entre as PCF e os resultados obtidos pela família são significativos, independentemente das diferenças culturais e demográficas entre as famílias.

V Capítulo – Conclusões, Limitações e Recomendações

Como fomos percebendo ao longo do trabalho, atualmente, as práticas recomendadas em Intervenção Precoce têm como foco a família e a criança, tendo ainda como principal objetivo a capacitação da família, promovendo o desenvolvimento da criança dentro dos contextos em que se encontra inserida e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida de ambas. A estas práticas dá-se o nome de práticas centradas na família, estas são constituídas por práticas relacionais e práticas participativas, sendo que o uso de ambas resultam numa abordagem que realça a colaboração entre família e profissionais, reconhecendo a importância da participação e das competências de ambos para a obtenção de resultados positivos tanto no desenvolvimento da criança, como no funcionamento e numa maior capacitação da família (Dunst & Espe-Shewindt, 2016).

Contextualmente, os resultados obtidos neste estudo indicam que os profissionais de algumas ELI do norte e centro do país, utilizam de forma frequente e eficaz as práticas centradas na família. Foi notório o aumento da frequência, essencialmente, das práticas participativas, em relação a estudos anteriores. É também fulcral vincar que a frequência de uso das práticas participativas é equivalente à frequência do uso das práticas relacionais. No entanto, são as práticas participativas que apresentam correlações mais significativas em relação às crenças e auto-eficácia e às competências e confiança dos pais. De acordo com Dunst, Trivette e Hamby (2006), a força da relação entre o apoio à família e as capacidades parentais tendem a ser mais fortes para as práticas participativas comparadas com as práticas relacionais, ou seja, o maior uso das práticas participativas foi associado a resultados mais fortes quanto à capacitação da família. Segundo os mesmos autores, este facto das práticas participativas estarem mais fortemente relacionadas com os resultados parentais não foi inesperado, porque estas práticas incluem, entre outras coisas, intervenções que promovem o envolvimento ativo da família no programa de apoio à aprendizagem e ao desenvolvimento de seus filhos.

Esta melhoria substancial, essencialmente, no que diz respeito às práticas participativas, remete-nos a focar a formação e supervisão que tem sido feita nas equipas de IP até á data e ainda a reforçar a necessidade de alargar a mesma e de lhe dar continuidade para que a frequência das PCF seja ainda maior, mais eficaz e que se alargue a todos os profissionais das ELI espalhadas por todo o país.

Acreditamos então, que este pequeno contributo do nosso estudo, através dos resultados obtidos, possa ajudar as famílias e os profissionais a compreender, reforçar e melhorar ainda mais as práticas centradas na família na IP. Acreditamos ainda que a escala utilizada possa ser uma boa forma da família tomar consciência e reforçar o seu papel ativo no processo de desenvolvimento do seu filho(a).

Para além de beneficiar as famílias, o estudo irá também permitir que os profissionais obtenham informação prática e útil acerca da forma como estão a interagir com as famílias e se realmente estão a conseguir dar oportunidade às mesmas de se envolverem de forma ativa nas decisões e escolhas para lhes proporcionar a aquisição de novas competências e desta forma capacitá-las para serem autónomas em tudo o que diz respeito aos cuidados e desenvolvimento do seu filho(a). O estudo dá-lhes ainda, a oportunidade de perceber qual o impacto das práticas que utilizam nos resultados obtidos pelas famílias, percebendo também qual o nível de adesão dos profissionais às práticas e respetivas consequências.

No decorrer da realização deste estudo, foram algumas as limitações encontradas, essencialmente, com o que diz respeito com a recolha de dados. Primeiramente, podemos dizer que o processo de recolha foi relativamente demorado, na medida em que as famílias, naturalmente, têm ritmos diferentes, sendo que não conseguimos recolher os dados num espaço de tempo tão curto quanto desejávamos. Outro entrave consta num possível constrangimento de algumas ELI ao participar no estudo, das quais não obtivemos qualquer resposta. Assim sendo, este possível constrangimento resultou numa outra limitação que diz respeito à amostra relativamente reduzida de 92 inquiridos. Apenas algumas ELI do norte e centro do país aceitaram colaborar e participar na investigação, como tal, consideramos oportuno uma possível aplicação desta Escala de Práticas Centradas na Família e Resultados Familiares a nível nacional, de forma a obter uma amostra maior e mais consistente e possivelmente comparar a frequência de aplicação das práticas centradas na família pelos profissionais das diferentes ELI nas diferentes regiões do país.

Por fim, consideramos que o instrumento utilizado neste estudo revelou-se eficaz para a obtenção de resultados quanto à perceção das famílias no que diz respeito às PCF utilizadas pelos profissionais, assim como os resultados parentais associados ao uso mais ou menos frequente dessas mesmas práticas.

Referências Bibliográficas

- Allen, R. I. , & Petr, C. G. (1996). Toward developing standards and measurements for familycentered practices in family support programs. In L. E. P. G. H. Singer, & A. L. Olson (Ed)., *Redifing support: Innovations in public private partnership*. (pp.57-85). Baltimore: Paul Brookes.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação (5ª Edição ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Beckman, P. J. (1996a). Theoretical, philosophical and empirical bases of effective work with families. In P. J. Beckman (Ed.), *Strategies for working with families of young children with disabilities* (pp. 1-16). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Beckman, P. J. (1996b). The servisse system and its effects on families: an ecological perspective. In M. Brambring, H. Rauh & A. Beelmann (Ed.), *Early childhood intervention: theory, evaluation, and practice*. (pp. 175-191). New York: de Gruyter.
- Boavida, J., & Espe-Sherwindt, M., & Borges, L. (2000). Community based early intervention: The coimbra project (Portugal). *Child: Care, Health and Development*, 26(5). 343-354.
- Brofenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature amd desigh*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bruder, M.B. (2010). Early Childhood Intervention: A Promise to Children and families for their Future. *Exceptional Children*, 76 (3), 339-355. (pp. 60-92)
- Carvalho., J. C. (2015). Estudo das ELI dos Distritos de Braga e Bragança: Um Contributo para a Avaliação das Práticas Centradas na Família. Unpublished Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Braga.
- Cohen, S. & Syme, S.L. (1985). Issues in the study and application of social support. In S. Cohen & S.L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp.3-22). Orlando, FL: Academic Press.

Correia, L.M. & Serrano, A. M. (2000). Intervenção precoce centrada na família: Uma perspectiva ecológica de atendimento. In L. M. Correia & A. M. Serrano (Eds.), *Envolvimento parental em intervenção precoce: das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. Porto: Porto Editora.

Crnic, K. & Stormshak, E. (1997). The effectiveness of providing social support for families of children at risk. In M.J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul H. Brooks.

Dempsey, I., & Dunst, C. J. (2004). Helpgiving styles and parent empowerment in families with a young child with a disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29, 40-51.

Division for Early Childhood. (2014). *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education 2014*. Retrieved from <http://www.dec-sped.org/recommendedpractices>

Dunst, C. J. & Trivette, C. M. (2005). *Measuring and evaluating family support program quality*. Winterberry Press Monograph Series. Asheville, NC: Winrerberry Press.

Dunst, C. J. & Trivette, C. M. (2009). Capacity-Building Family-Systems Intervention Practices. *Journal of Family Social Work*, 12, 119-143

Dunst, C. J. (1985). Rethinking Early Intervention. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 5, 165-201.

Dunst, C. J. (2000a). Revisiting “Rethinking early intervention”. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20 (2), 95-104.

Dunst, C. J. (2000b). Corresponsabilização e práticas de ajuda que se revelam eficazes no trabalho com famílias. In L. M. Correia & A. M. Serrano (Eds.), *Envolvimento parental em intervenção precoce: das práticas na criança às práticas na família*. Porto: Porto Editora.

Dunst, C. J. (2000c). Apoiar e capacitar as famílias em intervenção precoce: o que aprendemos? In L. M. Correia & A. M. Serrano (Eds.), *Envolvimento parental em intervenção precoce: das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. Porto: Porto Editora.

Dunst, C. J. (2005). Framework for practicing evidence-based early childhood intervention and family support. *Caseinpoint 1* (1), 1-11.

Dunst, C. J., & Espe-Sherwindt, M. (2016). Family-Centered Practices in Early Childhood Intervention. In *Handbook of early childhood special education* (pp. 37-55). Springer International Publishing.

Dunst, C. J., Raab, M., Trivette, C.M. & Swanson, J. (2012). Oportunidades de aprendizagem para a criança no quotidiano da comunidade. In R. A. McWilliam (Org.), *Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais* (pp. 73-106). Porto: Porto Editora.

Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA:: Brookline Books.

Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2006). *Family support program quality and parent, family and child benefits* (Winterberry Monograph Series). Asheville, NC: Winterberry Press.

Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered helping practices research. *Mental Retardation and Development Disabilities Research Reviews*, 13, 370-378.

Dunst, C.J. (2004). TrAAAvelling the TransCanada Highway: Mapping the Adoption, Application and Adherence to Family Support Principles. *Spring Printemps*, 1(1) , 41-48.

Dunst, C.J. Trivette, C.M. & Jodry, W. (1997). Influences of social support on children with disabilities and their families. In M.J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 499-522). Baltimore: Paul H. Brooks.

Dunst, C.J., Bruder, M.B., Espe-Sherwindt, M. (2014). Family capacity-building in early childhood intervention: Do contexto and setting matter? *School Community Journal*, 24 (1), 37-48.

Dunst,C.J., Hamby, D., Trivette, C. M., Raab, M., & Bruder, M.B. (2000). Everyday family and community life and children's naturally occurring learning opportunities. *Journal of Early Intervention*, 23 (3), 151-164.

Espe-Sherwindt, M. & Serrano, A. M. (2016). It takes two: The role of family-centered practices in communication intervention. *Logopedia, Foniatría y Audiología*, (36), 162-169

Espe-Sherwindt, M. E. (2008). Family centred practice: collaboration, competency and evidence. *Journal compilation*, 23 (3), 136-143.

GAT.(2000). *Libro blanco de la atención temprana* [White Paper of Early Intervention] Madrid, Espanya: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

FEAPS (2014). Memoria 2014 [Report 2014]. Unpublish document

Hill, M. M., & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

Jung, L. A. (2012). Identificar os apoios às famílias e outros recursos. In R. A. MacWilliam (Org.) *Trabalhar com as famílias de Crianças com Necessidades Especiais* (pp. 19-37). Porto: Porto Editora.

Maia, M.F.S.C. (2013). *A intervenção precoce nas associações portuguesas de paralisia cerebral: perceções das famílias, dos profissionais e dos diretores de serviço*. Unpublished Tese de Doutoramento, Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, Braga

Mas, J. M., Cañadas, M., Balcells, A., Giné, C. & Serrano, A. M. (no prelo). Psychometric Properties of the Spanish Version of the Family-Centered Practices Scale for use with Families of Young Children Receiving Early Childhood Intervention. *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*.

McWilliam, P. J. (2012). Oportunidades de aprendizagem para a criança no quotidiano da comunidade. In R. A. McWilliam (Ed.), *Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais* (pp. 73- 106). Porto: Porto Editora.

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, P., e Winton, P., e Crais, E. (2003). *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família*. Educação Especial. Porto, Porto Editora.

McWilliam, R. A. (2005). Assessing the resource needs of families in the contexto of early intervention. In M. Gulranick (Ed.), *The development systems approach to early intervention* (pp.215-233). Baltimore: Paul H. Brookes.

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.

Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric Theory*. 2nd edition, New York: McGraw-Hill.

Oliveira, A. (2011). Identificação e Análise dos Projetos de Intervenção Precoce na NUT III Norte Ave. Unpublished Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Braga.

Pereira, A.P. (2009). *Práticas centradas na família em intervenção precoce: Um estudo nacional sobre práticas profissionais*. Unpublished Tese de Doutoramento, Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, Braga.

Pereira, A.P.S. & Serrano, A. M. (2014). Early Intervention in Portugal: Study of Professional's Perceptions, *Journal of Family Social Work*, 17: 263 – 282.

Pereira, A.P.S. (2003). *Práticas Centradas na Família: Identificação de comportamentos para uma prática de qualidade no distrito de Braga*. Unpublished Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Braga

Pereira; A. P. S, & Serrano, A. M. (2010) Abordagem Centrada na Família em Intervenção Precoce: Perspetiva histórica, conceptual e empírica. *Revista Diversidades*, 27, 4-11.

Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS*. 4ª ed., Edições Sílabo, Lisboa

Pimentel, J. S. (2005). *Intervenção focada na família: Desejo ou realidade*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J. P. Shonkoff, & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 135-159). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Serrano, A. M. & Boavida, J. (2011). Early childhood intervention. The Portuguese pathway towards inclusion. *Revista Educación Inclusiva*, 4(1), 123-138.

Serrano, A. M. (2003). *Formal and informal resource among families with young children with special needs in the district of Braga, Portugal*. Unpublished Tese de Doutoramento, Universidade do Minho, Braga.

Serrano, A. M. (no prelo) Family Centered Practices: Practices that enable, develop and promote listening and participation. In Martín-Aragoneses, M. T., & López-Higes, R. (Ed.) *Claves de la logopedia en el siglo XXI* (pp. 175-191). Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Madrid 2016.

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

Serrano, A. M., Mas, J. M., Cañadas, M., & Giné, C. (2017). Family Systems and Family-Centered Intervention Practices in Portugal and Spain: Iberian Reflections on Early Childhood Intervention. In H. Sukkar, C. Dunst & J. Kirkby (Eds), *Early Childhood Intervention: Working with Families of Young Children with Special Needs*. London: Routledge.

Serrano, A.M., Mas, J.M., Canãdas, M., & Giné, C. (2017). Family systems and family-centered intervention practices in Portugal and Spain: Iberian reflections on early childhood intervention. In H. Sukkar, C. Dunst & J. Kirkby (Eds), *Early Childhood Intervention: Working with Families of Young Children with Special Needs*. London: Routledge.

Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 3- 31). Cambridge: University Press.

Shonkoff, J. P., & Phillips, D.A. (Eds.) (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood intervention*. Committee on Integrating the Science of early childhood development; national research council and institute of medicine. Washington, DC: National Academies Press.

SNIPI (2013). National Committee Annual report. Lisbon: SNIPI.

Tegethof, I. C. A. (2007). *Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Unpublished Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade do Porto, Porto.

Trivette, C. M., & Dunst, C. J. (2005). DEC recommended practices: Family-based practices. In S. Sandall, M. L. Hemmeter, B. J. Smith, & M. E. McLean (Eds.), *DEC recommended practices: A comprehensive guide for practical application in early intervention=early childhood special education* (pp. 107–126). Longmont, CO: Sopris West.

Trivette, C. M., & Dunst, C. J. (2007). *Capacity-building family-centered helping practices*. Asheville, NC: Winterberry Press.

Trivette, C. M., Dunst, C. J., & Deal, A. G. (1997). Resource-based approach to early intervention. In S. K. Thurman, J. R. Cornwell & S. R. Gottwald (Eds.), *Contexts of early intervention: Systems and settings* (pp. 73-113). Baltimore: Brookes Publishing Co.

Trivette, C. M., Dunst, C. J., & Hamby, D. W. (1996). Social support and coping in families of children at risk for development disabilities. In M. Brambring, H. Rauh & A. Beelmann (Eds.), *Early childhood intervention: Theory, evaluation, and practice* (pp. 234-264). New York: de Gruyter.

Trivette, C. M., Dunst, C. J., & Hamby, D. W. (2010). Influences of Family-Systems Intervention Practices on Parent-Child Interactions and Child Development. *Topics in Early Childhood Special Education*, 30 (1), 3-19.

ANEXOS

ANEXO A

Carta às subcomissões



Campus de Gualtar
4710-057 Braga – P

Universidade do Minho
Instituto de Educação

À Subcomissão de Coordenação da Região Norte do SNIPI

Assunto: Solicitação para a realização de Estudo quantitativo com famílias

Exmos. Senhores,

Vimos por este meio informar que a aluna Carla Manuela Fernandes da Costa, aluna do 2º ano do mestrado em Educação Especial – Especialização em Intervenção Precoce no Instituto da Educação da Universidade do Minho, pretende realizar no âmbito deste mestrado um Estudo piloto que se intitula por: **“Avaliação das Práticas Centradas na Família: Estudo piloto para a construção e validação de um instrumento a utilizar pelas famílias”**. O estudo tem como fundamento principal a aplicação e validação de um instrumento que pretende avaliar a adesão dos profissionais das ELI às Práticas Centradas na Família, bem como relacionar essa adesão com os resultados e impacto para as famílias, nomeadamente, ao nível de crenças, autoeficácia, confiança, competência e bem-estar parental. Com este intuito e após a construção do instrumento, pretendemos a validação estatística do mesmo. Para tal, precisamos da participação de 100 famílias. Será mantido o anonimato, consentimento informado e confidencialidade dos dados.

Neste sentido solicitamos a vossa autorização para a aplicação do instrumento de avaliação – **Escala de avaliação das práticas centradas na família e dos resultados para a família (Dunst, Trivette, Mas Mestre, Cañadas, Serrano e Costa)** a famílias da região Norte, acompanhadas pelas respetivas equipas locais de intervenção precoce. O referido estudo será efetuado pela aluna sob a minha orientação, sendo também assegurados todos os procedimentos éticos e deontológicos, nomeadamente a confidencialidade dos dados obtidos.

Agradecendo desde já a vossa atenção e colaboração para o referido pedido, despeço-me com os melhores cumprimentos,

Braga, 25 de junho de 2015

A Orientadora

**ANA MARIA DA
SILVA PEREIRA
HENRIQUES
SERRANO**

Assinado de forma digital por ANA MARIA DA SILVA PEREIRA HENRIQUES SERRANO
DN: c=PT, o=Cartão de Cidadão, ou=Cidadão Português, ou=Autenticação do Cidadão, sn=DA SILVA PEREIRA HENRIQUES SERRANO, givenName=ANA MARIA, serialNumber=BI070968985, cn=ANA MARIA DA SILVA PEREIRA HENRIQUES SERRANO
Dados: 2015.06.25 10:48:28 +01'00'

Ana Maria Serrano

Vice- Presidente do Instituto de Educação



Campus de Gualtar
4710-057 Braga – P

Universidade do Minho
Instituto de Educação

À Subcomissão de Coordenação da Região Centro do SNIPI

Assunto: Solicitação para a realização de Estudo quantitativo com famílias

Exmos. Senhores,

Vimos por este meio informar que a aluna Carla Manuela Fernandes da Costa, aluna do 2º ano do mestrado em Educação Especial – Especialização em Intervenção Precoce no Instituto da Educação da Universidade do Minho, pretende realizar no âmbito deste mestrado um Estudo piloto que se intitula por: **“Avaliação das Práticas Centradas na Família: Estudo piloto para a construção e validação de um instrumento a utilizar pelas famílias”**. O estudo tem como fundamento principal a aplicação e validação de um instrumento que pretende avaliar a adesão dos profissionais das ELI às Práticas Centradas na Família, bem como relacionar essa adesão com os resultados e impacto para as famílias, nomeadamente, ao nível de crenças, autoeficácia, confiança, competência e bem-estar parental. Com este intuito e após a construção do instrumento, pretendemos a validação estatística do mesmo. Para tal, precisamos da participação de 100 famílias. Será mantido o anonimato, consentimento informado e confidencialidade dos dados.

Neste sentido solicitamos a vossa autorização para a aplicação do instrumento de avaliação – **Escala de avaliação das práticas centradas na família e dos resultados para a família (Dunst, Trivette, Mas Mestre, Cañadas, Serrano e Costa)** a famílias da região Centro, acompanhadas pelas respetivas equipas locais de intervenção precoce. O referido estudo será efetuado pela aluna sob a minha orientação, sendo também assegurados todos os procedimentos éticos e deontológicos, nomeadamente a confidencialidade dos dados obtidos.

Agradecendo desde já a vossa atenção e colaboração para o referido pedido, despeço-me com os melhores cumprimentos,

Braga, 25 de junho de 2015

A Orientadora

**ANA MARIA DA
SILVA PEREIRA
HENRIQUES
SERRANO**

Assinado de forma digital por ANA MARIA DA SILVA PEREIRA HENRIQUES SERRANO
DN: c=PT, o=Cartão de Cidadão, ou=Cidadão Português, ou=Autenticação do Cidadão, sn=DA SILVA PEREIRA HENRIQUES SERRANO, givenName=ANA MARIA, serialNumber=B1070968985, cn=ANA MARIA DA SILVA PEREIRA HENRIQUES SERRANO
Dados: 2015.06.25 10:50:12 +01'00'

Ana Maria Serrano

Vice- Presidente do Instituto de Educação

ANEXO B

Carta à Família

Carta de Apresentação às famílias

Caros Pais,

O meu nome é Carla Manuela Fernandes da Costa, sou aluna do 2º ano do mestrado em Educação Especial – Especialização em Intervenção Precoce no Instituto da Educação da Universidade do Minho, encontro-me a elaborar uma dissertação no âmbito deste mesmo mestrado, cujo principal objetivo é avaliar o uso de práticas centradas na família pelos profissionais de IP do norte e centro do país.

Para a realização deste projeto a vossa colaboração é fundamental. Neste sentido, venho por este meio solicitar a vossa colaboração para o preenchimento de um instrumento de avaliação – Escala de avaliação das Práticas Centradas na Família e dos resultados para a família (Dunst, Trivette, Mas Mestre, Canãdas, Serrano e Costa).

Todas as respostas fornecidas são absolutamente confidenciais e serão utilizadas exclusivamente no referido estudo, sendo garantido que somente a pessoa responsável pelo estudo e sua orientadora, terá acesso às vossas respostas.

Termino então agradecendo a vossa colaboração e reforçando a ideia de que os vossos nomes não serão incluídos no estudo, pelo que não haverá qualquer implicação na relação existente entre a vossa família e os profissionais que vos apoiam.

Agradeço imenso a atenção dispensada, solicitando novamente a vossa imprescindível colaboração no projeto. O êxito deste projeto depende imensamente da vossa contribuição.

A aluna

Carla Manuela Fernandes da Costa

ANEXO C

Consentimento Informado

Consentimento Informado

Eu, abaixo assinado, declaro que aceito participar no estudo da aluna Carla Manuela Fernandes da Costa e que autorizo a utilização dos dados obtidos para os fins académicos propostos.

Declaro que fui informado(a) que os resultados da aplicação da Escala de avaliação das Práticas Centradas na Família e resultados para a família, serão utilizados exclusivamente no âmbito do presente estudo académico, não sendo efetuados quaisquer juízos de valor relativamente aos seus conteúdos.

Declaro que fui igualmente informado(a) quanto ao anonimato e confidencialidade das respostas prestadas, tendo sido garantido que somente a pessoa responsável pelo estudo e sua orientadora terão acesso às nossas respostas e que os nossos nomes e os dos nossos filhos não serão incluídos neste estudo.

Braga, ____/____/2015

Assinatura: _____

ANEXO D

Consentimento para Referenciação



Consentimento para Referenciação

**Eu, _____, autorizo

(nome do profissional que vai
referenciar) a identificar-me junto da mestrandia, _____ com
o objetivo de ser informado, enquanto potencial participante, na
investigação que pretende levar a cabo na ELI de _____
.**

Data----/----/----/

Assinatura

ANEXO E

Consistência Interna (α -Cronbach)

Consistência interna (α -Cronbach)

Subescalas	α -Cronbach	Nº de itens
Práticas relacionais	0,690	6
Práticas participatórias	0,802	6
Bem-estar parental	0,276	4
Competências e confiança dos pais	0,527	5
Crenças e auto-eficácia	0,671	4

Variáveis	α -Cronbach se o item for eliminado
+ Práticas relacionais	
Var1	0,666
Var6	0,652
Var11	0,627
Var16	0,689
Var21	0,620
Var24	0,639
+ Práticas participatórias	
Var2	0,784
Var7	0,790
Var12	0,768
Var17	0,761
Var22	0,745
Var25	0,778
+ Bem-estar parental	
Var5	0,326
Var10	0,264
Var15	0,211
Var20	0,004
+ Competências e confiança dos pais	
Var4	0,424
Var9	0,419
Var14	0,502
Var19	0,447
Var23	0,544
+ Crenças e auto-eficácia	
Var3	0,585
Var8	0,537
Var13	0,637
Var18	0,664