



Universidade do Minho
Instituto de Estudos da Criança

Ana Paula da Silva Pereira | **Práticas Centradas na Família em Intervenção Precoce:
Um Estudo Nacional sobre Práticas Profissionais**

Ana Paula da Silva Pereira

**Práticas Centradas na Família
em Intervenção Precoce:
Um Estudo Nacional sobre
Práticas Profissionais**

UMinho | 2009

Maio de 2009



Universidade do Minho
Instituto de Estudos da Criança

Ana Paula da Silva Pereira

**Práticas Centradas na Família
em Intervenção Precoce:
Um Estudo Nacional sobre
Práticas Profissionais**

Tese de Doutoramento em Estudos da Criança,
Área de Especialização em Educação Especial

Trabalho efectuado sob a orientação da
Professora Doutora Ana Maria Serrano

Nome: Ana Paula da Silva Pereira

Endereço Electrónico: appereira@iec.uminho.pt

Telefone: 253 601235

Nº do Bilhete de Identidade: 8219547

Título da Tese de Doutoramento:

Práticas Centradas na Família em Intervenção Precoce: Um Estudo Nacional sobre Práticas Profissionais

Orientadora:

Professora Doutora Ana Maria Serrano

Ano de Conclusão: 2009

Ramo de Conhecimento do Doutoramento

Estudos da Criança, na Área de Especialização em Educação Especial

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

Universidade do Minho,...../...../.....

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

A concretização deste estudo de investigação representa o culminar de um esforço pessoal conjugado com a pluralidade de tantos outros apoios e contributos preciosos que tornaram possível a realização e conclusão deste trabalho. É assim deste modo que expresso publicamente a minha gratidão.

As minhas primeiras palavras são dirigidas à Doutora Ana Maria Serrano, minha orientadora, a quem agradeço vivamente todo o apoio científico prestado nas diferentes fases deste trabalho e a inestimável confiança, amizade e compreensão que sempre demonstrou, não só ao longo da elaboração deste trabalho, mas durante todos os momentos em que me ensinou e acompanhou no meu crescimento pessoal e profissional na Intervenção Precoce.

Destaco, ainda, com especial apreço e reconhecimento, o contributo do Professor Doutor Luís de Miranda Correia, pelo incentivo, amizade, compreensão e confiança com que me tem vindo a presentear desde o início das minhas funções como assistente estagiária na área da Educação Especial.

Ao Professor Doutor Leandro de Almeida, o meu agradecimento pela forma carinhosa e pronta com que sempre me respondeu e recebeu aquando das minhas dúvidas e incertezas em relação à metodologia de investigação e, sobretudo, pelo incentivo constante nesta fase final do estudo.

Ao Dr. Francisco Sampaio Gomes pelo seu apoio e acompanhamento na elaboração da parte metodológica deste estudo, pelos seus ensinamentos de estatística, pelas sugestões de análise e por toda a disponibilidade, interesse e simpatia que sempre manifestou no esclarecimento das minhas dúvidas.

Às minhas amigas e colegas de trabalho Anabela Cruz dos Santos e Ana Paula Loução Martins pela amizade a poio constantes ao longo deste trabalho. À Ana Paula, em especial, pelo afecto, apoio e amizade nos momentos mais decisivos deste percurso.

Às minhas amigas e ex. colegas de Mestrado Ana Beleza, Rosa Viana, Leonor Carvalho, Helena Botelho, Cristina, com quem partilhei os momentos de encanto e desencanto vividos durante este processo e de quem sempre recebi amizade e carinho, que tanto contribuíram para superar as dificuldades e desilusões que marcaram alguns momentos deste processo.

Aos meus queridos e fiéis amigos Renato, Susana e Renatinho pelo respeito e amizade que sempre manifestaram nos meus imensos momentos de indisponibilidade.

Ao João Félix, amigo de longa data, a quem eu estimo e com quem eu pude contar, incondicionalmente, na fase final de redacção deste documento escrito que agora apresento.

Aos meus Amigos da APPACDM de Braga um bem-haja pelo apoio, interesse e simpatia sempre demonstrados ao longo deste percurso.

A todos os profissionais dos projectos de IP, que tão prontamente colaboraram comigo, dirijo uma palavra de afecto e eterna gratidão. Agradeço também a todos os elementos das Equipas de Coordenação Distrital e Regional de IP e a todas as entidades governamentais e não governamentais que tornaram possível este trabalho.

À minha família (mãe, pai, sogros, manos, cunhadas (os) e queridos sobrinhos), um obrigada muito especial pelo encorajamento, pelo apoio emocional e pela compreensão demonstrada em todos os momentos, em especial, naqueles em que estive mais ausente.

Para finalizar deixo uma mensagem eterna de amor e carinho aos dois homens da minha vida que me preenchem e que tornam o meu dia a dia mais feliz e mais interessante. A ti Nuno e a ti João Nuno dedico este meu singelo e modesto trabalho.

PARA SEMPRE GRATA

Ana Paula Pereira

RESUMO

Nos últimos anos, a Intervenção Precoce (IP) caracterizou-se por avanços consideráveis no seu domínio, em resultado de um conjunto de influências práticas, conceptuais e teóricas, que tiveram grandes repercussões e implicações na implementação e na organização da Abordagem Centrada na Família. A especificidade do significado desta abordagem reside no reconhecimento de que as famílias são o contexto principal para a promoção e para o desenvolvimento da criança; no respeito pelas escolhas da família e pelos seus processos de decisão; na ênfase nas competências da criança e da família, e nas parcerias família/profissional.

A mudança para uma abordagem centrada na família tem, assim, implicações nos contextos das práticas e da sua aplicabilidade, exigindo não só o abandono de papéis tradicionais desempenhados pelos profissionais que, na maioria das vezes, continuam a considerar-se especialistas e detentores das escolhas, alienando a família de todo o processo de apoio, como também a adopção e a aprendizagem de novos valores e de novas competências, que se implementam em todas as etapas do processo de apoio.

Consequentemente, nesta investigação, intitulada *Práticas centradas na Família em Intervenção Precoce: Um Estudo Nacional sobre Práticas Profissionais*; definimos como finalidade do estudo a avaliação das práticas dos profissionais integrados nos projectos de IP, em Portugal (continente e ilhas). Delimitando a finalidade da nossa pesquisa, enumeramos os seguintes objectivos do estudo:

- 1 – Traduzir e adaptar o instrumento *Brass Tacks*, versão avaliação, para profissionais;
- 2 – Caracterizar os projectos de IP portugueses, em termos de Distrito/Ilha onde estão implementados, o seu enquadramento legal, a existência de articulação, o número de crianças atendidas, e o local onde o apoio é prestado;
- 3 – Caracterizar, em termos demográficos, os profissionais que integram os projectos de IP, em Portugal (continente e ilhas);
- 4 – Identificar a frequência das práticas centradas na família, utilizadas pelos profissionais, nos projectos de IP, em Portugal;
- 5 – Identificar o grau de importância, atribuído pelos profissionais, às práticas centradas na família, utilizadas nos projectos de IP, em Portugal;
- 6 – Identificar os tipos de formação (inicial, especializada, e em serviço) dos profissionais de IP, e as respectivas entidades formadoras que ministram esses tipos de formação em Portugal;

7 – Identificar os diferentes papéis desempenhados pelos profissionais nos projectos de IP, em Portugal;

8 – Identificar os pontos fortes e as fragilidades da articulação dos projectos de IP, em Portugal;

9 – Identificar as medidas a adoptar para a implementação das práticas centradas na família, em Portugal; e,

10 – Identificar as barreiras que os profissionais consideram serem impeditivas ou condicionantes para a implementação das práticas centradas na família em Portugal.

A amostra deste estudo é constituída por 558 profissionais, que integram os projectos de IP existentes nos 18 distritos do Continente e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira (exclusivamente no Funchal), no ano de 2007.

A metodologia utilizada, neste estudo, é de natureza quantitativa, diferencial e transversal, e o instrumento utilizado, *Brass Tacks*, versão avaliação para profissionais, foi desenvolvido no Frank Porter Graham Child Development Center, da University of North Carolina at Chapel Hill, por Pam, J. McWilliam e Robin, A. McWilliam, em 1993.

Os resultados globais obtidos neste estudo permitem-nos concluir que: os profissionais consideram que utilizam, na maioria das vezes, as práticas centradas na família, no apoio que prestam às famílias em IP, embora exista uma discrepância entre as práticas que os profissionais consideram implementar e o grau de importância que lhes atribuem; as práticas centradas na família são mais evidentes nas Etapas Planificação e Intervenção, e menos evidentes na Etapa Primeiros Contactos e Avaliação; a variável formação em serviço e tempo de serviço em IP tem impacto significativo nas práticas centradas na família; as práticas centradas na família são mais frequentemente utilizadas nos contextos naturais da família; não existe diferenciação nos resultados das práticas, tendo em conta as faixas etárias das crianças apoiadas (0-2 e 3-5 anos); e que existe uma influência positiva da articulação de serviços e dos apoios, bem como da função de coordenador de caso, desempenhada por alguns profissionais nos projectos de IP, nas práticas centradas na família.

Como recomendações à implementação das práticas centradas na família, os profissionais destacam a necessidade de mais e melhor formação específica na IP (inicial, especializada, e contínua) e a definição e implementação de políticas de IP em Portugal, que possibilitem uma maior uniformidade e funcionamento das equipas a nível nacional, bem como uma maior estabilidade no vínculo contratual dos profissionais que compõem as equipas.

ABSTRACT

In recent years, Early Intervention (EI) was characterized for considerable advances in its domain, in result of a set of practical, conceptual and theoretical influences, which had had great repercussions and implications in the implementation and organization of the Family Centered Approach. The specificity of the meaning of this approach inhabits in the recognition of that the families are the main context for the promotion and development of the child; in the respect for the choices of the family and its processes of decision; in the emphasis on the abilities of the child and of the family, and in the professional/family partnerships.

The change for a the family centered approach not only has thus implications in the contexts of practices and their applicability, demanding abandonment of traditional roles played by the professionals who, most of the time, continue to all consider specialists and detainers of the choices, alienating the family of the support process, as well as the adoption and learning of new values and abilities that should be implemented in all the stages of the support process.

Consequently, in this inquiry, entitled *Family Centered Practices in Early Intervention: a National Study on Professional Practices*, we define as purpose of the study the evaluation of the practices of the professionals integrated in the projects of EI in Portugal (mainland and islands). Delimiting the purpose of our research, we enumerate the following objectives of the study:

- 1 – To translate and to adapt the instrument Brass Tacks, version evaluation, for professionals;
- 2 – To characterize the Portuguese projects of EI in terms of the District/Islands where they are implemented, their legal framing, the existence of articulation, the number of children taken care of, and the place where the support is provided;
- 3 – To characterize, in demographic terms, the professionals who integrate the projects of EI in Portugal (mainland and islands);
- 4 – To identify the frequency of the family centered practices, used by professionals, in the projects of EI in Portugal;
- 5 – To identify the degree of importance, attributed by the professionals, to the family centered practices, used in the projects of EI in Portugal;

- 6 – To identify the types of formation (pre-service, degree, and in-service) of the EI professionals, and the respective entities that give these types of formation, in Portugal;
- 7 – To identify the different roles played by the professionals in the projects of EI, in Portugal;
- 8 – To identify the strengths and the weaknesses of the articulation of the projects of EI in Portugal;
- 9 – To identify the measures that should be adopted for the implementation of the family centered practices in Portugal; and,
- 10 – To identify the barriers that the professionals consider impeditive or conditioning for the implementation of the family centered practices in Portugal.

The sample of this study is constituted by 558 professionals, who integrate the existing projects of EI, in the 18 districts of the Continent and in the Autonomous Regions of Azores and Madeira (exclusively in Funchal), in the year of 2007. The methodology used in this study is quantitative, differential and transversal in nature, and the instrument used, Brass Tacks, version evaluation for professionals, was developed in the Frank Porter Graham Child Development Center, University of North Carolina at Chapel Hill, by Pam, J. McWilliam and Robin, McWilliam, in 1993.

The global results obtained in this study allow us to conclude that: the professionals consider that they use, most of the time, family centered practices in the support they give to the families in EI, even so there exists a discrepancy between the practices that the professionals consider to implement and the degree of importance that they attribute them; the family centered practices are more evident in the Planning and Intervention Stages, and less evident in the First Contact and Evaluation Stage; the variable formation in service and time of service in centered EI has significant impact in the family centered practices; the family centered practices are more frequently used in the natural contexts of the family; differentiation in the results of the practices does not exist, given the ages of the supported children (0-2 and 3-5 years); and that a positive influence of the articulation of services and supports can be detected, as well as the one that results from the work of the coordinator of case, played by some professionals in the projects of EI, in the family centered practices.

As recommendations to the implementation of family centered practices, professionals stress the necessity of more and better specific formation in the EI (pre-

service, degree, and in-service), and the definition and implementation of policies of EI, in Portugal, that should make it possible a larger uniformity and functioning of the teams, on a national level, as well as a greater stability in the contractual ties of the professionals who compose them.

Key-words: Early Intervention, Family Centered Practices; Professionals; Projects

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	I
RESUMO	III
ABSTRACT	VI
INTRODUÇÃO	17
FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	19
FINALIDADE, OBJECTIVOS E HIPÓTESES DO ESTUDO	21
ORGANIZAÇÃO E CONTEÚDOS DO ESTUDO	24
I CAPÍTULO – ABORDAGEM CENTRADA NA FAMÍLIA EM INTERVENÇÃO PRECOCE: PERSPECTIVAS HISTÓRICA, CONCEPTUAL E EMPIRICA	26
1- Evolução Histórica da Intervenção Precoce: Contributos e Influências	26
1.1- Modelos Teóricos Referenciais dos Programas de Intervenção Precoce Contemporâneos	33
Modelo da Ecologia do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner	33
Modelo Transaccional de Sameroff & Chandler (1975)	34
2- A Intervenção Precoce e o Apoio Social	39
2.1 Apoio Social: Complexidade e Multidimensionalidade	39
2.2- Modelo de Corresponsabilização e Promoção das Capacidades da família	43
2.3- Práticas de Intervenção Precoce Baseadas nos Recursos: Características e Consequências	45
2.4- Modelo Integrado de Intervenção Precoce de Dunst (2000): Bases conceptuais e evolutivas	49
2.5- Modelo de Desenvolvimento Sistémico para a Intervenção Precoce de Guralnick (2005)	53

3- Conceptualização e Operacionalização da Abordagem Centrada na Família na Intervenção Precoce	61
3.1. Abordagem Centrada na Família em Intervenção Precoce: Clarificação e Definição do Conceito	61
3.2. Princípios e Práticas da Abordagem Centrada na Família	68
3.3. Apoio Eficaz e Promotor de Corresponsabilização: Repensar o Papel dos Profissionais em Intervenção Precoce	73
3.4- Linhas de Investigação e Evidências na Abordagem Centrada na Família em Intervenção Precoce	81
4- A Intervenção Precoce em Portugal: Percursos, Constrangimentos e Recomendações	97

CAPÍTULO II – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO 107

1- Desenho da Investigação	107
- Objectivos	108
- Hipóteses	109
- Definição e Estatuto das Variáveis	111
- Definição da Amostra do Estudo	112
2- Caracterização e Organização do Instrumento de Recolha de Dados.....	113
-Pré-teste	116
3- Recolha de Dados e Procedimentos	118
4- Métodos de Análise e Tratamento dos Dados	119
-Análise dos Dados Quantitativos	119
-Propriedades Psicométricas do Questionário <i>Brass Tacks</i>	120
-Análise dos Dados Qualitativos	130
5- Apresentação e Análise dos Resultados	132

- Caracterização Sócio-Demográfica e Profissional da Amostra do Estudo	132
- Caracterização dos Projectos de Intervenção Precoce	146
- Apresentação e Análise Inferencial dos Resultados obtidos tendo em conta as Hipóteses Formuladas no Estudo	163
CAPÍTULO III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	203
CAPÍTULO IV – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	239
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	252
ANEXO A.....	279
ANEXO B.....	286

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Os 3 RS da intervenção precoce, segundo o modelo transaccional	36
<i>Figura 2.</i> Modelo descritivo da influência directa e indirecta do apoio social e dos factores intra-familiares na saúde e bem-estar da família, nos estilos parentais e no comportamento e desenvolvimento da criança	40
<i>Figura 3.</i> Potenciais conexões entre as diferentes componentes do apoio social	41
<i>Figura 4.</i> Principais componentes das práticas de Intervenção Precoce baseadas nos recursos	47
<i>Figura 5.</i> Principais componentes operacionais do modelo de Intervenção Precoce de “terceira geração”	50
<i>Figura 6.</i> Aprendizagem e desenvolvimento da criança baseada nos interesses	50
<i>Figura 7.</i> Modelo de desenvolvimento sistémico para a Intervenção Precoce	54
<i>Figura 8.</i> Processo de transição	59
<i>Figura 9.</i> Modelo de conceptualização das componentes chave do estilo de funcionamento familiar	63

<i>Figura 10. Moldura conceptual explicativa das práticas baseadas na evidência</i>	82
<i>Figura 11. Variáveis referentes ao profissional</i>	111
<i>Figura 12. Variáveis referentes ao projecto</i>	112
<i>Figura 13. Processo/fases de elaboração das categorias</i>	131
<i>Figura 14. Representação das médias obtidas nas frequências das 4 etapas das práticas centradas na família</i>	194
<i>Figura 15. Representação das médias obtidas na importância das 4 etapas das práticas centradas na família na família</i>	196

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. <i>Principais Campos, Elementos Chave e Tópicos da Corresponsabilização</i>	44
Quadro 2. <i>Diferenças entre a IP Baseada nos Serviços e a IP Baseada nos Recursos</i>	46
Quadro 3. <i>Fundamentos Estruturais e Integrados da Intervenção Precoce</i>	48
Quadro 4. <i>Categorias de Actividades Existentes nos Contexto de Vida da Família e da Comunidade que se Constituem como Fontes de Oportunidades de Aprendizagem Naturais</i>	52
Quadro 5. <i>Diferentes Abordagens na Conceptualização e na Prática de Trabalho com as Famílias</i>	71
Quadro 6. <i>Atitudes, Crenças e Comportamentos Promotores de Corresponsabilização</i> ..	74
Quadro 7. <i>Diplomas Legais no Âmbito da Educação Especial</i>	100
Quadro 8. <i>Diplomas Legais no Âmbito Específico da Intervenção Precoce</i>	102
Quadro 9. <i>Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach para a Totalidades dos Itens que Compõem as 4 Etapas de Questionário, subdivididos em Frequência e Importância das Práticas</i>	121
Quadro 10. <i>Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach das 4 Etapas de Questionário Brass Tacks (Frequência+Importância)</i>	122
Quadro 11. <i>Análise da Sensibilidade da Média das Etapas do Instrumento Brass Tacks</i>	123
Quadro 12. <i>Análise da Adequabilidade do Instrumento em Relação à Análise Factorial</i>	124

Quadro 13. <i>Estrutura Factorial após Rotação Varimax do Questionário Frequência das Práticas Centradas na Família</i>	125
Quadro 14. <i>Estrutura Factorial após Rotação Varimax do Questionário Importância das Práticas Centradas na Família</i>	128
Quadro 15. <i>Coefficiente de Consistência Interna de Cronbach dos 5 Factores da Frequência das Práticas Centradas na Família</i>	129
Quadro 16 <i>Coefficiente de Consistência Interna de Cronbach dos 5 Factores da Importância das Práticas Centradas na Família</i>	130
Quadro 17. <i>Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Variável Idade</i>	133
Quadro 18. <i>Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Variável Género</i>	133
Quadro 19. <i>Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Variável Anos de Serviço em IP</i>	134
Quadro 20. <i>Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Variável Formação Inicial</i>	135
Quadro 21 <i>Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Variável Formação Especializada</i>	136
Quadro 22. <i>Categorias da Formação Especializada dos Sujeitos da Amostra</i>	136
Quadro 23. <i>Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Categoria Educação Especial da Variável Tipo de Formação Especializada</i>	137
Quadro 24. <i>Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Categoria Saúde da Variável Tipo de Formação Especializada</i>	138
Quadro 25. <i>Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Categoria Psicologia da Variável Tipo de Formação Especializada</i>	139
Quadro 26. <i>Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Categoria Ciências da Educação da Variável Tipo de Formação Especializada</i>	139
Quadro 27. <i>Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Categoria Outras da Variável Tipo de Formação Especializada</i>	140
Quadro 28. <i>Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Variável Local onde Realizou a Formação Especializada</i>	141
Quadro 29. <i>Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Variável Formação em Serviço</i>	142
Quadro 30. <i>Categorias Relativas aos Temas da Formação em Serviço</i>	143
Quadro 31. <i>Categorias das Entidades que Ministraram a Formação em Serviço</i>	145

Quadro 32. <i>Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Variável Articulação de Serviços no Projecto de IP</i>	146
Quadro 33. <i>Categorias e Sub-categorias das Respostas acerca das Fragilidades da Articulação do Projecto de IP</i>	147
Quadro 34. <i>Exemplos de Referências, acerca dos Pontos Fortes de Projecto de IP, da Categoria Equipa de Profissionais</i>	154
Quadro 35. <i>Exemplos de Referências, acerca dos Pontos Fortes de Projecto de IP, da Categoria Organização de Serviços</i>	155
Quadro 36. <i>Exemplos de Referências dos Pontos Fortes de Projecto de IP, da Categoria Colaboração com as Famílias</i>	155
Quadro 37. <i>Distribuição das Referências Enquadrados nas Categorias e Sub-categorias acerca das Barreiras à Implementação das Práticas Centradas na Família</i>	157
Quadro 38. <i>Exemplos de Referências da Categoria Profissionais, Relativamente às Medidas Facilitadoras das Práticas Centradas na Família</i>	158
Quadro 39. <i>Exemplos de Referências da Categoria Profissionais, Relativamente às Medidas Facilitadoras das Práticas Centradas na Família (continuação)</i>	159
Quadro 40. <i>Exemplos de Referências da Categoria Sistema, Relativamente às Medidas Facilitadoras da Implementação das Práticas Centradas na Família</i>	160
Quadro 41. <i>Exemplos de Referências da Categoria Família, Relativamente às Medidas Facilitadoras da Implementação das Práticas Centradas na Família</i>	162
Quadro 42. <i>Resultados nas Etapas das Práticas Centradas na Família, Segundo os Anos de Serviço e a Existência de Formação Especializada</i>	165
Quadro 43. <i>Resultados nas Práticas Centradas na Família, em Função das Variáveis Formação em Serviço em IP e Anos de Serviço</i>	166
Quadro 44. <i>Resultados nas Etapas das Práticas Centradas na Família, Segundo o Tipo de Formação Inicial dos Profissionais</i>	168
Quadro 45. <i>Correlação entre Número de Crianças Apoiadas na Faixa Etária (0-2 e 3-5 Anos) e as Práticas Centradas na Família</i>	169
Quadro 46. <i>Correlação entre a Faixa Etária (0-2 e 3-5 Anos) das Crianças Apoiadas e as Práticas Centradas na Família</i>	170
Quadro 47. <i>Diferenças nas Práticas Centradas na Família (Frequência e Importância) entre as Educadoras de Infância e o outro Grupo de Profissionais</i>	171
Quadro 48. <i>Relação entre a Variável Coordenador de Caso e a Variável Tipo de Formação dos Profissionais</i>	172

Quadro 49. <i>Relação entre a Variável Formação inicial e Tipo de Barreiras à Implementação das Práticas Centradas na Família</i>	173
Quadro 50. <i>Relação entre a Variável Formação inicial e Tipo de Recomendações para a Implementação das Práticas Centradas na Família</i>	174
Quadro 51. <i>Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Variável tipo de Funções Específicas</i>	176
Quadro 52. <i>Impacto da Variável Formação Inicial na Variável Desempenho de Funções Específicas</i>	177
Quadro 53. <i>Impacto da Variável Formação Especializada no Desempenho de Funções Específicas</i>	177
Quadro 54. <i>Impacto da Variável Formação em Serviço no Desempenho de Funções Específicas</i>	178
Quadro 55. <i>Caracterização do Local de Apoio às Crianças das Faixas Etárias 0-2 e 3-5 Anos</i>	179
Quadro 56. <i>Diferenças nas Práticas Centradas na Família Relativamente aos Locais onde é Prestado o Apoio às Crianças das Faixas Etárias 0-2</i>	180
Quadro 57. <i>Diferenças nas Práticas Centradas na Família Relativamente aos Locais onde é Prestado o Apoio às Crianças das Faixas Etárias 3-5</i>	181
Quadro 58. <i>Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Variável Localização Geográfica dos Projectos de IP</i>	182
Quadro 59. <i>Diferenças nas Etapas das Práticas Centradas na Família Relativamente à Localização Geográfica dos Projectos de IP</i>	184
Quadro 60. <i>Enquadramento Legal dos Projectos de Intervenção Precoce</i>	186
Quadro 61. <i>Diferenças nas Etapas das Práticas Centradas na Família Relativamente ao Tipo de Enquadramento Legal dos Projectos</i>	187
Quadro 62. <i>Impacto da Variável Enquadramento Legal na Variável Pontos Fortes da Articulação</i>	188
Quadro 63. <i>Impacto da Variável Enquadramento Legal na Variável Fragilidades da Articulação</i>	189
Quadro 64. <i>Influência da Articulação do Projecto nas Práticas Centradas na Família</i>	190
Quadro 65. <i>Valor médio da Frequência dos itens do Questionário Brass Tacks por Etapa</i>	191
Quadro 66. <i>Valor médio da Importância dos Itens do Questionário</i>	

<i>Brass Tacks por Etapa</i>	192
Quadro 67. <i>Média e Desvio Padrão da Frequência e Importância dos Itens do Questionário Brass Tacks</i>	193
Quadro 68. <i>Diferenças entre a Frequência das Práticas Centradas na Família nas 4 Etapas do Questionário Brass Tacks</i>	194
Quadro 69. <i>Diferenças entre a Importância das Práticas Centradas na Família nas 4 Etapas do Questionário Brass Tacks</i>	195
Quadro 70. <i>Diferenças entre as Práticas Centradas na Família e o seu Grau de Importância nas 4 Etapas do Questionário Brass Tacks</i>	197
Quadro 71. <i>Síntese da Análise das Regressões das Variáveis Independentes que Caracterizam os Profissionais e que explicam a Variância na Frequência e Importância das Práticas Centradas na Família</i>	199
Quadro 72. <i>Síntese da Análise das Regressões das Variáveis Independentes que Caracterizam os Projectos de IP e que explicam a Variância das Práticas Centradas na Família</i>	201

INTRODUÇÃO

É frequente ouvir-se dizer que “os gostos não se discutem”. Talvez!

Neste momento, o que importa salientar é que o nosso interesse académico pelas temáticas relacionadas com a Intervenção Precoce e, em particular, pela Abordagem Centrada na Família, de forma alguma se pode separar das vivências, das pessoas, e dos lugares que, de certa forma, configuram esse percurso que é a nossa vida.

De facto, desde a frequência da Licenciatura em Educação Especial e Reabilitação, mais precisamente aquando da realização do estágio final do curso, na área da Intervenção Precoce (IP), sob a orientação da Doutora Teresa Brandão, definimos claramente as coordenadas deste percurso que nos levaram, posteriormente, à Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão com Deficiência Mental de Braga, onde desempenhámos funções de apoio a crianças, jovens e adultos com deficiência mental e suas famílias.

Anos mais tarde, o interesse pela IP veio a ser refinado e incrementado, de forma entusiasmante, com a nossa entrada na Equipa de Educação Especial, do Instituto de Estudos da Criança, da Universidade do Minho, orientada pelo Professor Luís de Miranda Correia. Aí, tivemos, e temos, a possibilidade de desenvolver a nossa actividade de formadora de profissionais habilitados para o desempenho de funções no âmbito da prestação de serviços e apoios a crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos, actividade esta que veio reforçar e complementar, de forma substancial, o interesse manifestado por este tema na nossa experiência anterior de trabalho directo com as crianças e suas famílias.

No Instituto de Estudos da Criança, tivemos a fortuna de integrar uma equipa de Educação Especial em que a Colaboração, a Interdisciplinaridade, a Qualidade, e a Amizade eram factores sustentadores e alicerçantes do nosso trabalho diário, tendo-nos sido dada, para além disso, a possibilidade e a oportunidade de trabalhar directamente com a Doutora Ana Maria Serrano. Estes factores, conjuntamente com a frequência do Mestrado em IP, e a busca de modelos conceptuais e de vivências teórico-práticas que vieram qualificar o nosso trabalho, bem como o dos alunos que acompanhámos no seu percurso de formação e de especialização, orientaram-nos na procura de conhecimentos que tornassem os nossos saberes mais abrangentes e, simultaneamente, mais especializados, no campo da IP.

O nosso percurso permitiu sustentar e confirmar a nossa crença de que os modelos de IP centrados exclusivamente na criança, isolando-a dos seus contextos de vida, são limitadores, pois, como refere R. McWilliam (2002), o desenvolvimento da criança não é o resultado de tentativas maciças de estimulação descontextualizadas, mas o resultado de interacções nos seus contextos de vida, ao longo do tempo. Este facto alerta-nos para a importância da valorização da família e da comunidade enquanto ambientes de aprendizagem naturais, que promovem a aprendizagem e o desenvolvimento da criança, incrementando, assim, a inclusão da criança e da sua família na sua comunidade de pertença. Além disso, o nosso percurso de formação tornou-nos mais consciente da importância da abordagem centrada na família, que considera esta como um todo social com características únicas, inserida num conjunto vasto de influências e de interdependências e redes sociais, formais e informais. Tendo em conta esta abordagem, a intervenção deve visar a família como um todo, e não simplesmente a criança, contemplando a análise e a compreensão da influência dos vários membros da família, no sentido de os capacitar e de os responsabilizar na procura de apoios e de recursos que satisfaçam as suas necessidades e as suas aspirações (Dunst, Trivette, & Deal, 1994).

A mudança para uma abordagem centrada na família tem, pois, implicações significativas nos contextos das práticas e da sua aplicabilidade, exigindo não só o abandono de papéis tradicionais desempenhados pelos profissionais que, na maioria das vezes, continuam a considerar-se especialistas, e detentores do privilégio de fazer escolhas, alienando a família de todo o processo de apoio em IP, como também a adopção e a aprendizagem de novos valores e de novas competências no apoio às famílias em IP, que se traduzem e implementam em todas as etapas do processo de apoio (Beckman, 1996a, 1996b; Dunst, Trivette, Davis, & Cornwell, 1994; Sandall, McLean, & Smith, 2000; Winton, McCollum, & Catlett, 1997).

A motivação para o estudo das práticas centradas na família na IP, bem assim dar coerência e consistência à nossa formação e à nossa actividade profissional e, simultaneamente, permite-nos cumprir os requisitos necessários à nossa progressão na carreira académica a nível do ensino superior.

Consequentemente, definimos como finalidade da nossa investigação a Avaliação das Práticas Centradas na Família nos Projectos de Intervenção Precoce em Portugal (Continente e ilhas).

FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

O conceito *Abordagem centrada na família* tem sido usado para descrever a natureza de certas formas de prestação de serviços e de apoios às famílias com crianças, desde, pelo menos, os anos 50. A literatura refere um conjunto de contributos teóricos e práticos que desenvolveram, que sustentaram e que fundamentaram a importância da abordagem centrada na família em intervenção precoce, nomeadamente: a) a pressão exercida pelos pais, em relação às práticas dos profissionais que contemplavam apenas a criança, sendo a família, na maioria das vezes, considerada, entre outros aspectos, fonte de problemas e/ou irrelevante no processo de apoio; as críticas ao modelo médico, pelo seu enfoque no profissional, pela sua focalização na patologia ou nos défices; b) o movimento de desinstitucionalização, que defendia a importância dos contextos familiares e comunitários na prestação de apoio; c) a elaboração da teoria sistémica, e a sua aplicação às práticas dos profissionais, salientando a importância da criação e da manutenção de redes de apoio, tendo por base as comunidades; e, por último, d) a crescente consciencialização dos políticos em relação à necessidade de se considerar a adopção de políticas orientadas para a família, as quais se consubstanciaram num conjunto de dispositivos legais que enquadram os princípios centrados na família, de que destacamos a lei pública americana 99-457 (R. I. Allen & Petr, 1996).

Estes contributos sustentaram a alteração do conceito “centrado na família”, utilizado pela primeira vez na década de 50, ao longo das décadas de 70, 80 e 90, alteração esta que, segundo R. I. Allen e Petr (1996), permitiu elaborar a seguinte definição:

Prestação de serviços centrados na família, através das diferentes disciplinas e instituições, reconhece a importância fulcral da família na vida dos indivíduos. Orienta-se por um conjunto de escolhas, devidamente informadas e feitas pela família e foca-se nos pontos fortes das famílias. (p.68)

A especificidade do significado desta definição reside em cinco aspectos fundamentais, designadamente no reconhecimento de que as famílias são o contexto básico e principal da promoção da saúde e do bem-estar da criança; no respeito pelas escolhas da família e pelos seus processos de tomada de decisões; na ênfase nas competências da

criança e da família, e nos recursos necessários para serem criados padrões de vida normalizados; nas parcerias família/profissional, aquando da adequação dos recursos às escolhas desejadas; no respeito mútuo entre as famílias e os profissionais, no esforço conjunto para tentar alcançar os objectivos desejados (Dunst, 1997).

A mudança para uma abordagem centrada na família, em IP, tem, deste modo, implicações significativas em vários aspectos da intervenção, nomeadamente nos primeiros contactos com a família, na avaliação, no processo de tomadas de decisão, na relação família/profissional, e na forma de prestação e de organização dos apoios, exigindo dos profissionais um processo contínuo de desenvolvimento pessoal e profissional, durante o qual estes devem clarificar, definir, e reflectir sobre um conjunto de práticas efectivas que se traduzem na forma como escutam as famílias, como as respeitam e caracterizam, como os serviços e apoios são obtidos/prestados, como as reuniões são conduzidas, como os diversos profissionais interagem, e como os projectos estão estruturados.

Actualmente, é considerável o número de estudos de investigação que validaram os benefícios da abordagem centrada na família, especificamente sobre a forma como as intervenções implementadas com um enfoque na família estão directamente relacionadas com a melhoria de funcionamento de alguns domínios na/da vida das famílias, designadamente a sua influência positiva ao nível da corresponsabilização; do bem-estar dos pais e da família; da eficácia na identificação e na obtenção de apoios e de recursos desejados; da coesão familiar; das interacções pais/criança; da satisfação parental; entre outras (S. F. Allen, 2007; Bailey, Scarborough, & Hebbler, 2003; Carmo, 2004; Coutinho, 1999; Craveirinha, 2002; Cruz, Fontes, & Carvalho, 2003; Dunst, Brookfield, & Epstein, 1998; Dunst, Leet, & Trivette, 1988; Dunst, Trivette, & Hamby, 2006, 2007; Flores, 1999; Gavidia-Payne & Stoneman, 2004; Leal, 2008; R. A. McWilliam et al., 1995; Morgado & Beja, 2000; Narciso, 2003; Neal, 2007; Reynes-Blanes, Correa, & Bayley, 1999; Ribeiro & Sarmiento, 2005; Romer & Umbreit, 1998; Serrano, 2003, 2007; Serrano & Bento, 2004; Trivette, Dunst, & Hamby, 1996; Warfield, Hauser-Cram, Krauss, Shonkoff, & Upshur, 2004).

Não obstante, a investigação actual refere, ainda, a existência de diferenças significativas nas práticas que os profissionais de IP consideram ideais e recomendadas em termos conceptuais, comparativamente com as práticas que utilizam no contacto diário que estabelecem com as famílias que apoiam (Bailey, Buysse, Edmondson, & Smith, 1992; Bjorck-Akesson & Granlund, 1995; Carvalho, 2004; Crais & Belardi, 1999; Dempsey &

Carruthers, 1997; Fernandes, 2001; Ferreira, 1999; Mahoney, O'Sullivan, & Dennebaum, 1990; Martins, 1999; R. A. McWilliam, Snyder, Harbin, Porter, & Munn, 2000; Pereira, 2003; Pereiro, 1996; Pimentel, 2003; Zhang & Bennett, 2001).

De facto, a complexidade da operacionalização da abordagem centrada na família remete-nos para um conjunto de desafios que, de alguma forma, pretendemos sistematizar com a realização deste estudo de investigação sobre a avaliação das práticas centradas na família, nos projectos de IP em Portugal.

Consideramos, assim, que este estudo poderá ilustrar o tipo de práticas utilizadas pelos diferentes profissionais nos projectos de IP em Portugal e, simultaneamente, facilitar e enquadrar uma possível reflexão sobre a contextualização dessas práticas, tendo em conta o conjunto de variáveis utilizadas neste estudo, bem como o seu impacto nas práticas centradas na família.

FINALIDADE, OBJECTIVOS E HIPÓTESES DO ESTUDO

Definimos como finalidade deste trabalho de investigação a Avaliação das Práticas Centradas na Família nos Projectos de Intervenção Precoce em Portugal (continente e ilhas). No sentido de clarificar esta finalidade, e tendo por base a revisão da literatura realizada, bem como a nossa experiência pessoal e profissional, definiram-se como **objectivos do estudo:**

- 1 – Traduzir e adaptar o instrumento *Brass Tacks*, versão avaliação, para profissionais;
- 2 – Caracterizar os projectos de IP portugueses em termos de Distrito/Ilha onde estão implementados, do seu enquadramento legal, da existência de articulação, do número de crianças atendidas, e do local onde o apoio é prestado;
- 3 – Caracterizar, em termos demográficos, os profissionais que integram os projectos de IP, em Portugal (continente e ilhas);
- 4 – Identificar a frequência das práticas centradas na família utilizadas pelos profissionais, nos projectos de IP, em Portugal;
- 5 – Identificar o grau de importância, atribuído pelos profissionais, às práticas centradas na família, utilizadas nos projectos de IP, em Portugal;

6 – Identificar os tipos de formação (inicial, especializada, e em serviço) dos profissionais de IP e as respectivas entidades formadoras que ministram esses tipos de formação, em Portugal;

7 – Identificar os diferentes papéis desempenhados pelos profissionais nos projectos de IP, em Portugal;

8 – Identificar os pontos fortes e as fragilidades da articulação dos projectos de IP, em Portugal;

9 – Identificar as medidas a adoptar para a implementação das práticas centradas na família nos projectos de IP, em Portugal;

10 – Identificar as barreiras que os profissionais consideram ser impeditivas ou condicionantes para a implementação das práticas centradas na família, nos projectos de IP, em Portugal.

Considerando os objectivos formulados, e tendo por base a investigação realizada, bem como a necessidade de obter informação adicional, definiram-se as hipóteses do presente estudo. O conjunto de hipóteses formulado será organizado de acordo com as características das principais variáveis de estudo: características dos profissionais, características do projecto, e características do instrumento.

Reportando-nos à análise das práticas centradas na família, e tendo sempre em conta as duas dimensões do questionário *Brass Tacks* (grau de frequência e grau de importância), as seguintes hipóteses centram-se na influência das características dos profissionais nessas práticas:

H1 – A formação dos profissionais (especializada e em serviço) e o tempo de serviço influenciam as práticas centradas na família;

H2 – O número de crianças, presentemente apoiadas pelo profissional, e a sua faixa etária influenciam as práticas centradas na família;

H3 – O tipo de profissional (educadores de infância ou outrem) diferencia-se nas práticas centradas na família.

Da mesma forma, querendo destacar o tipo de formação dos profissionais, e o quanto essa formação pode ser condicionante da qualidade das suas práticas profissionais, as duas hipóteses seguintes procuram responder a este aspecto:

H4 – A formação do Profissional (inicial, especializada, e em serviço) influencia o tipo de barreiras identificadas pelo profissional na implementação das práticas centradas na família, assim como o tipo de recomendações feitas à sua implementação;

H5 – A formação dos profissionais (especializada e em serviço) tem influência no tipo de funções específicas desempenhadas pelo profissional, no projecto de IP.

Centrando-nos nas características dos projectos, as hipóteses seguintes procuram conhecer em que medida esses mesmos projectos são influenciados por variáveis e condicionantes do contexto em que tais projectos ocorrem. Assim,

H6 – O grupo etário das crianças apoiadas (0-2 e 3-5 anos) e o local onde é prestado o apoio (domicílio, creche, jardim-de-infância) influenciam as práticas centradas na família;

H7 – A localização geográfica dos projectos de Intervenção Precoce influencia as práticas centradas na família e afecta as opiniões (barreiras e recomendações) dos profissionais sobre a implementação de tais práticas;

H8 – O enquadramento legal do projecto em que o profissional está inserido influencia as práticas centradas na família, a existência de articulação do projecto, e as próprias opiniões dos profissionais acerca do tipo de pontos fortes e fragilidades do projecto;

H9 – A existência, ou não, de articulação no projecto de Intervenção Precoce influencia as práticas centradas na família.

Finalmente, formularam-se algumas hipóteses de análise dos dados, procurando atender-se às 4 etapas (primeiros contactos, avaliação, planificação, e intervenção) do processo de avaliação das práticas centradas na família e da sua diferenciação:

H10 – Existem diferenças significativas entre as 4 etapas do apoio, definidas no questionário Brass Tacks, no que se refere à frequência e à importância das práticas centradas na família;

H11 – Existem diferenças significativas entre a frequência e o grau de importância das práticas, nas 4 etapas do apoio definidas no questionário Brass Tacks.

H12 – As variáveis que caracterizam os profissionais têm impacto significativo nas práticas centradas na família.

H13 – As variáveis enquadramento legal, localização geográfica, bem como a existência de articulação dos projectos, têm impacto significativo nas práticas centradas na família.

ORGANIZAÇÃO E CONTEÚDOS DO ESTUDO

O trabalho de investigação que apresentamos, intitulado *Práticas Centradas na Família em Intervenção Precoce: Um Estudo Nacional sobre Práticas Profissionais*, está organizado em 4 capítulos.

No **primeiro capítulo**, que subdividimos em quatro sub-capítulos, abordamos, de forma sintética, o enquadramento teórico e a revisão da literatura, através da análise da perspectiva histórica, conceptual e empírica da abordagem centrada na família.

O 1.º Subcapítulo descreve o conjunto de contributos e as influências decisivas na abordagem centrada na família, destacando a influência dos modelos transaccional e ecológico, enquanto marcos de referência nos programas de IP contemporâneos.

No 2.º Subcapítulo abordamos a complexidade do apoio social, bem como a sua relação de interdependência com o conceito de IP. Nesta análise, tentamos justificar a existência desta interdependência através da operacionalização do Modelo de Corresponsabilização e de Promoção das Capacidades da Família, e finalizaremos com a apresentação e a análise do modelo integrado de IP, de Dunst (2000), e do modelo de desenvolvimento sistémico para a IP, de Guralnick (2005). Estes modelos consubstanciam-se na forma de propostas de reflexão para a criação de um sistema de IP coordenado, articulado, e enquadrado por princípios e práticas contemporâneas, que espelham a qualidade dos apoios e serviços prestados às famílias.

O 3.º Subcapítulo trata da conceptualização da abordagem centrada na família, na IP, através da operacionalização do conjunto de princípios e de práticas que a caracterizam. É realçada a importância do papel dos profissionais como factor de qualidade no apoio às famílias. Este subcapítulo termina com o reconhecimento e com a validação da abordagem centrada na família para a melhoria do funcionamento de alguns domínios na/da vida das famílias.

Finalmente, o 4.º Subcapítulo apresenta o percurso histórico da IP, em Portugal, realçando um conjunto de constrangimentos que dificultaram, e dificultam, a sua implementação, a nível nacional. Termina com algumas recomendações emanadas através de pareceres de peritos nacionais e estrangeiros, acerca do Despacho Conjunto 891/99, que, na nossa opinião, poderão contribuir claramente para a consolidação e para a sustentabilidade da qualidade da IP, em Portugal.

No **segundo capítulo**, intitulado *Metodologia da Investigação*, procuramos descrever e fundamentar a metodologia de investigação utilizada neste estudo, descrevendo, de forma sucinta, o fenómeno estudado, os seus objectivos, as suas hipóteses, as suas variáveis, os seus instrumentos de recolha de dados e os seus respectivos procedimentos. Finalizamos o capítulo, com a caracterização da amostra do estudo, e com a apresentação e a análise dos resultados obtidos através da análise de conteúdo, da análise estatística descritiva e inferencial. Estas análises versam, igualmente, as propriedades métricas dos resultados, ao nível dos itens e dos scores por escalas, em termos de sensibilidade, precisão e validade.

No **terceiro capítulo**, *Discussão dos Resultados do Estudo*, analisamos e interpretamos os resultados obtidos, tendo em conta as hipóteses e os objectivos formulados, a sua consistência com os resultados obtidos noutras investigações realizadas neste âmbito, bem como com os resultados da reflexão dos elementos de alguns projectos de IP, de várias regiões do país.

No **quarto capítulo**, apresentamos as conclusões gerais deste estudo, algumas considerações sobre as suas limitações e constrangimentos, terminando com algumas recomendações para a implementação da IP, em Portugal, e para futuras investigações.

I CAPÍTULO – ABORDAGEM CENTRADA NA FAMÍLIA EM INTERVENÇÃO PRECOCE: PERSPECTIVAS HISTÓRICA, CONCEPTUAL E EMPÍRICA

1- Evolução Histórica da Intervenção Precoce: Contributos e Influências

RESUMO Neste subcapítulo abordaremos um conjunto de contributos e influências repercutórias e alicerçantes da abordagem centrada na família. Destacar-se-á a influência dos modelos transaccional e ecológico como marcos de referência nos programas de Intervenção Precoce contemporâneos.

Nos últimos anos, a Intervenção Precoce caracterizou-se por avanços consideráveis no seu domínio, em resultado de um conjunto de influências práticas, conceptuais e teóricas, que tiveram grandes repercussões e implicações na implementação e organização da abordagem centrada na família (Beckman, Robinson, Rosenberg, & Filer, 1994; Dunst, 1996, 2000b; Erickson & Kurz-Riemer, 1999; Espe-Sherwindt, 2008; Guralnick, 2005b; Richmond & Ayoub, 1993; Shonkoff & Meisels, 1990, 2000).

Historicamente, os programas de IP centravam-se apenas na criança, esquecendo a sua família e os seus contextos de vida. À luz desta tendência, o modelo médico enquadrava o apoio à família segundo uma perspectiva patologizante e redutora, assumindo a superioridade do profissional no que se referia às decisões sobre os cuidados a prestar à criança sendo a possibilidade de escolha sobre a natureza destes cuidados retirada à criança e à família (R. I. Allen & Petr, 1996; Beckman, 1996b; Beckman et al., 1994; Bruder, 2000; Dunst, 1997; J. J. Gallagher, 1990; Guralnick, 1997; R. Illback, Cobb, & Joseph, 1997; Serrano & Correia, 1998; Simeonson & Bailey, 1990; A. P. Turnbull, Turbiville, & Turnbull, 2000; A. P. Turnbull & Turnbull, 1990).

O modelo médico tem sido objecto de algumas críticas nos últimos anos, especialmente pelo seu enfoque excessivo no profissional ou na instituição em detrimento do receptor de serviços; pela limitação que impões às possibilidades de escolha e ao exercício da responsabilidade do receptor de serviços; pela sua concentração na patologia

ou nos défices e, ainda, pelo seu enfoque, demasiado limitado, no receptor individual de serviços enquanto beneficiário dos cuidados e recursos (R. I. Allen & Petr, 1996; Dunst, Trivette, & Deal, 1988; S. L. McBride, Brotherson, Joanning, Whiddon, & Demmit, 1993; Serrano, 2003b, 2007; Serrano & Correia, 1998; Simeonson & Bailey, 1990; A. P. Turnbull & Turnbull, 1990).

O surgimento das teorias sistémicas, na década de 1960, particularmente da teoria sistémica da família, acentuou um enfoque cada vez maior na família, situando-a num sistema amplo e complexo de interações e influências que perspectivam, ao nível da IP, o desenvolvimento e a manutenção de redes de serviços e de apoios integrados mais abrangentes, e assentes em recursos da comunidade (Beckman, 1996b; Beckman et al., 1994; Bronfenbrenner, 1979; Corwell & Korteland, 1997; Gilkerson & Stott, 2000; Guralnick, 1997; Seligman & Darling, 1997; Thurman, 1997; A. P. Turnbull & Turnbull, 1990).

Nos anos 70, desenvolveram-se programas de apoio e serviços que se constituíram como contributos fundamentais para explorar e explicar a natureza da prestação de serviços centrados na família. Um programa destacado na literatura é o programa Head Start, que surge incorporado no “Economic Opportunity Act”, de 1964 (PL 88-452).

Posteriormente, em 1972, um aditamento à legislação “*Economic Opportunity Amendments*” (PL 92-424), determinou que 10% do número total de crianças atendidas neste programa tinha que corresponder a crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE).

O programa *Head Start* perspectivava o desenvolvimento de um sistema multidimensional e abrangente de educação compensatória, de serviços de saúde, de nutrição, de serviços sociais e de envolvimento familiar, que visava minorar os riscos de desenvolvimento das crianças em situação de pobreza, em idade pré-escolar. Com o intuito de dar resposta a crianças na situação descrita no *Head Start*, mas com idades inferiores aos 3 anos, foi criado o programa *Early Head Start* (Dunst, 1996; R. J. Gallagher & Serrano, 2002; Guralnick, 1997; Johnson, 1994; Peterson et al., 2004; Shonkoff & Meisels, 1990, 2000).

Segundo Peterson et al. (2004), os programas *Head Start* e *Early Head Start* vieram dar resposta às evidências que comprovam que as crianças e famílias em situação de pobreza evidenciam níveis inferiores na avaliação do desenvolvimento, dificuldades na

aprendizagem, problemas de saúde e piores resultados em vários domínios do comportamento adaptativo, na da fase adulta.

Actualmente, o programa *Head Start* é descrito como um importante *centro de investigação* para profissionais e investigadores interessados na promoção da saúde, da educação e do bem-estar das crianças e suas famílias nos Estados Unidos da América, e é igualmente considerado como uma história de sucesso para muitas crianças e suas famílias (Gilliam, 2008).

Mas foi essencialmente com a *Education for All Handicapped Children Act* (PL 94-142) de 1975, que o valor dos programas de intervenção precoce foi reconhecido. Considerada como um marco legislativo, estabelece o direito a uma educação gratuita e apropriada para todas as crianças com NEE em idade escolar. No entanto só em 1986, com a *Education of the Handicapped Act Amendments* (PL 99-457), é que, realmente se assegurou a obrigatoriedade dos serviços para as crianças em idade pré-escolar e respectivas famílias, encorajando-se o desenvolvimento de programas para crianças dos 0 aos 3 anos, através de equipas multidisciplinares e de serviços coordenados (Parte H da Lei, actualmente designada por Parte C).

A ênfase colocada nas famílias, na coordenação de serviços através do *responsável ou gestor de caso*¹, nos apoios disponíveis na comunidade, e no encorajamento de relações de parceria entre pais/profissionais, encontrava-se entre os conceitos expressos nesta legislação (Bairrão, 1994; J. J. Gallagher, 1993; R. J. Gallagher & Tramill, 1998; Guralnick, 1997; Mahoney & Filler, 1996; Smith & McKenna, 1994).

A abordagem centrada na família expressa na *alínea H* da *IDEA* (Pl. 99 -457) é operacionalizada no seu articulado através do Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF)². Segundo McGonigel, Kaufmann, e Johonson (1991), o PIAF constitui-se como uma:

Promessa feita às famílias de que os seus pontos fortes serão reconhecidos e de que se trabalhará a partir deles, de que as suas necessidades serão satisfeitas, respeitando as suas crenças e valores e de que os seus desejos e aspirações serão encorajados e tornados realidade. (p.1)

¹ Tradução utilizada para a designação *case management*, referida na parte H da PL 99-457.

² Tradução do Termo *Individualized Family Service Plan*.

O PIAF cria novos desafios, quer aos pais, quer aos profissionais, sendo a sua mensagem subjacente, única e clara a de que a família constitui a componente chave para uma intervenção eficaz.

A elaboração do PIAF constitui-se como um processo contínuo de tomada de decisões que deve contemplar a articulação de vários elementos que, analisados em conjunto, conduzem ao desenvolvimento e à implementação do plano de uma forma que deverá ter consequências, quer ao nível da capacitação, quer ao nível da responsabilização da família (Deal, Dunst, & Trivette, 1994; Dunst & Deal, 1994).

De acordo com a alínea H da IDEA (Pl. 99 -457), devem constar do PIAF os seguintes elementos:

- 1- Informação acerca do desempenho da criança (avaliação das áreas de maior e de menor realização).
- 2- Informação sobre a família (identificação das suas competências, prioridades, crenças e valores).
- 3- Objectivos (para a criança e para a família).
- 4- Serviços de IP (fisioterapia, apoio domiciliário, acompanhamento médico, etc.).
- 5- Outros serviços (transporte, habitação, serviço social, etc.).
- 6- Calendarização dos serviços.
- 7- Coordenação dos diversos serviços envolvidos.
- 8- Transição aos 3 anos de idade (parte B da legislação).

A PL 99-47, ao realçar a abordagem centrada na família, teve um papel fundamental na passagem da 1ª para a 2ª geração da investigação no campo da Intervenção Precoce. Ou seja, permitiu e induziu o abandono da questão simplista acerca da eficácia da Intervenção Precoce, e deu relevo à questão da especificidade dos programas e respectivas relações de influência com a obtenção de resultados positivos e dignificantes para a criança e sua família.

Na literatura, são frequentes menções à avaliação dos programas de IP e à controvérsia existente entre os modelos de investigação utilizados na 1ª e na 2ª geração. Estas menções e estas controvérsias são abordadas por diferentes autores, dos quais destacamos, entre outros (Almeida, 1997; Als, 1997; Bailey, 2001; Bailey et al., 1998; Bailey, Palsha, & Simeonsson, 1991; Bryant & Maxwell, 1997; Correia & Serrano, 1994;

Coutinho, 1999; Dunst, 1990; Farran, 1990, 2000; J. J. Gallagher, 1990; Guralnick, 1989, 1997; Hauser-Cram, Warfield, Upshur, & Weisner, 2000; Krauss, 1997; Leitão, 1989a, 1989b; McNaughton, 1994; Ottenbacher, 1996; Pimentel, 2003; Serrano, 2003b, 2007; Sheehan & Snyder, 1996; Shonkoff & Meisels, 2000; Simeonson & Bailey, 1990; Veiga, 1995).

Um processo contínuo de revisão na legislação, no que se refere a serviços qualificados para as crianças com menos de seis anos, continuou e continua a decorrer, nomeadamente através da renovação da obrigatoriedade da PL. 94-142, em 1990 (PL.101-576) e da *Individuals With Disabilities Education Act* (IDEA), em 1991 (PL.102-119), em 1997/8 (PL. 105-17) e em 2004 (PL. 108-446).

A IDEA (2004) engloba, actualmente, as partes A, B, C e D, e continua a ser considerada a peça legislativa enquadradora da abordagem centrada na família, em IP, nos Estados Unidos da América (Bailey, 2000; J. J. Gallagher, 1993; R. J. Gallagher & Serrano, 2002; R. J. Gallagher & Tramill, 1998; Gilkerson & Stott, 2000; Hanson, 2003; Hanson & Bruder, 2001; Harbin & McNulty, 1990; Johnson, 1994; Place, 1994; Trohanis, 1994, 2008; Wolery & Wilbers, 1994).

A parte C da IDEA reconhece a importância da intervenção nos primeiros anos de vida (0-3 anos) e descreve a forma como os diferentes Estados Americanos devem implementar programas e serviços para crianças em risco ou com necessidades especiais. Refere, igualmente, que a prestação de serviços deve ocorrer nos contextos naturais de vida das famílias, tendo em conta os valores e princípios da abordagem centrada na família, substituindo a designação *Case Manager* (traduzido como responsável ou gestor de caso) pela *Service Coordinator* (traduzido como coordenador de serviços).

A mudança dos termos referidos anteriormente deveu-se a diferentes pressões exercidas quer por pais, quer por profissionais, que consideravam que a designação *case manager* se referia a práticas profissionais utilizadas no passado, em que perdurava o modelo baseado no défice e o controlo total, por parte dos profissionais, sobre os serviços prestados à família, era a assumpção de base (Bailey, 1989; Bruder, 2005; Buysse, Bernier, & McWilliam, 2002; Dunst & Bruder, 2002; Dunst & Trivette, 1989, 1994; Hanson & Bruder, 2001; Harbin & McNulty, 1990; R. A. McWilliam, 2000).

Segundo Dinnebeil e Rule (1994), a designação *case manager* surge nas áreas do serviço social, da enfermagem e da saúde mental, tendo-se enraizado no movimento da desinstitucionalização da saúde mental nos anos 60 e 70, e baseava-se na premissa de que

os *clientes* envolvidos nos diferentes serviços necessitavam de auxílio devido à sua incapacidade de resolver quaisquer tipos de necessidades ou assuntos (Bailey, 1989).

A adoção e integração na Parte C da IDEA da designação *service coordinator* pretendia, e pretende, reflectir uma nova abordagem, presente e futura, da intervenção precoce e do novo paradigma centrado na família. Assim, a parte C da IDEA define o *service coordinator* como o profissional que estabelece contacto e mediação entre a família e todos os profissionais e serviços envolvidos no apoio, salvaguardando os direitos da família relativamente à obtenção dos serviços e apoios de que necessita, a organização dos diferentes serviços envolvidos nesse apoio, e a identificação de apoios adicionais, quando necessário (S. F. Allen, 2007; Bruder, 2005; Bruder & Dunst, 2008; Bruder et al., 2005; Dunst & Bruder, 2002; Espe-Sherwindt, 2008; Harbin & McNulty, 1990).

Outro argumento a favor da importância da coordenação de serviços, traduzida e implementada pelo coordenador de serviços, baseia-se nos resultados da investigação, que referem que uma coordenação eficaz de serviços traduz-se em benefícios que incluem: acesso facilitado aos serviços; informação adequada e atempada; aumento da qualidade dos serviços, dos apoios e dos recursos; relações mais adequadas entre profissionais e famílias; melhoria nos resultados da criança e na qualidade de vida das famílias (Bruder & Dunst, 2006, 2008; Bruder et al., 2005; Dunst & Bruder, 2002; Park & P. Turnbull, 2003).

Adicionalmente à legislação apresentada anteriormente, gostaríamos de destacar algumas organizações e consórcios americanos que tiveram um papel relevante na defesa da participação da família, como uma das recomendações práticas para a qualidade dos Programas de Intervenção Precoce. Destas organizações e consórcios, a literatura consultada salienta, entre outras: a *Division of Early Childhood* (DEC) do *Council for Exceptional Children* (CEC); o *Early Childhood Outcomes Center* (ECO Center); e o *National Association for the Education of Young Children* (NAEYC) (McLean, Snyder, Smith, & Sandall, 2002; Odom & Strain, 2002; Rapport, McWilliam, & Smith, 2004; S. Sandall, McLean, & Smith, 2000; S. R. Sandall, Smith, McLean, & Broudy-Ramsey, 2002; Smith et al., 2002; Snyder, Thompson, McLean, & Smith, 2002; Stayton, Miller, & Dinnebeil, 2003; Trivette & Dunst, 2000; A. P. Turnbull et al., 2007).

Outro dos contributos, referidos na literatura, para a implementação da Abordagem Centrada na Família é o aparecimento de novas *perspectivas sobre o desenvolvimento da criança* (Bailey, Bruer, Symons, & Lichtman, 2001; Brazelton, 1986; Bronfenbrenner, 2005; Dunst, 1996; Green, 2005; Leitão, 1989a, 1989b; Shonkoff & Meisels, 2000; Zigler,

2000) e sobre o *impacto do ambiente nos processos de desenvolvimento* (Dunst, 1996; Farran, 2000; Shonkoff & Meisels, 1990; Shonkoff & Phillips, 2000; Young, 2005; Young, Pedro, Nugent, & Brazelton, 2005). De forma particular, revestiram de especial importância:

a) o reconhecimento do significado a longo prazo das experiências *e relações precoces* entre o prestador de cuidados e a criança (Barnard & Kelly, 1990; Chen & McCollum, 2001; V. Ferreira & Almeida, 2005; Fifer, 2005; B. Figueiredo, 2003; Fuertes & Santos, 2003; Gomes-Pedro et al., 1986; Kennel, 1986, 2005; Leitão, 1998, 2000, 2005; Lipsitt, 2005; S. Lopes & Almeida, 2006; McCollum & Hemmeter, 1997; Montagner, 2005; Nugent, 1986; Pimentel, 1997; Pimentel & Menéres, 2003; Sameroff & Chandler, 1975; Sameroff & Fiese, 1990, 2000; Shonkoff & Phillips, 2000; Young, 2005);

b) as conceptualizações sobre a influência do contexto mais alargado no desenvolvimento da criança (Bairrão, 1994, 2003; Bairrão & Almeida, 2003; Bronfenbrenner, 1979, 1986, 1989; Gabarino, 1990; Gabarino & Ganzel, 2000; Guralnick, 1997, 2001, 2005b).

c) e as novas perspectivas que reforçam a importância dos contextos naturais como factores de oportunidades para a criança e sua família (Bruder, 2001; Dunst, 2001a, 2001b; Dunst & Bruder, 1999a, 1999b; Dunst & Hamby, 1999a, 1999b; Dunst, Hamby, Trivette, Raab, & Bruder, 2000; Dunst, Herter, & Shields, 2000; Dunst, Herter, Shiels, & Bennis, 2001; R. A. McWilliam, 2000; Walsh, Rous, & Lutzer, 2000).

Relativamente às conceptualizações acerca da influência do contexto no desenvolvimento da criança, são vários os autores que salientam o interesse por factores contextuais (mais afastados) relacionados com o apoio social prestado pela família, pelos amigos e pela comunidade em geral; a disponibilidade de recursos financeiros e materiais para ajudar as famílias; o nível de stresse matrimonial; as práticas parentais e as expectativas de desenvolvimento estabelecidas através de padrões intergeracionais e culturais ((Dunst, 2001a, 2001b; Dunst & Bruder, 1999b; Dunst & Hamby, 1999a; Guralnick, 1997, 2005a; 2005b; Mott, 2005a; Trivette et al., 1997).

É o jogo complexo destes factores de influência que constitui o alicerce dos novos enquadramentos conceptuais dos modelos transaccional e ecológico, que se constituíram e

constituem como marcos de referência nos programas de Intervenção Precoce contemporâneos. Estes modelos permitem-nos reflectir sobre a complexidade do processo de desenvolvimento, bem como sobre a necessidade de organizar e reorganizar os recursos e serviços de forma a contemplar as prioridades das crianças e suas famílias (Bairrão & Almeida, 2003).

1.1- Modelos Teóricos Referenciais dos Programas de Intervenção Precoce Contemporâneos.

Modelo da Ecologia do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner

Bronfenbrenner define o desenvolvimento humano como um processo pelo qual o indivíduo adquire uma concepção mais alargada, diferenciada e válida do ambiente ecológico, e se torna mais apto e motivado para desenvolver actividades que permitem descobrir, manter ou alterar as propriedades desse ambiente ecológico (Portugal, 1992).

No modelo ecológico do desenvolvimento, as experiências do indivíduo são perspectivadas como subsistemas, no interior de sistemas ainda mais abrangentes, que nos permitem localizar no espaço e no tempo os vários cenários de vida da criança, nomeadamente: o microssistema, o mesossistema, o exossistema, e o macrossistema (Beckman, 1996a; Bronfenbrenner, 1979, 1986, 1989; Gabarino, 1990; Gabarino & Ganzel, 2000; Sontag, 1996).

O microssistema inclui os cenários imediatos em que ocorre o desenvolvimento da criança. O mesossistema engloba as relações entre microssistemas nos quais a criança experiencia a realidade. O exossistema é composto pelos ambientes que têm influência no desenvolvimento da criança, mas nos quais essa criança não detém papel directo. Para a maior parte das crianças, os exossistemas consistem nos ambientes que englobam recursos para a família em geral e para a criança em particular (saúde, educação, segurança social) (Bairrão, 2003). O macrossistema representa os padrões mais vastos da ideologia, da demografia e das instituições de uma determinada cultura ou sub-cultura da sociedade de pertença da criança e sua família.

A transição de um macrosistema para outro tem profundas implicações nas políticas, nos meios e na orientação dos serviços de intervenção precoce, uma vez que todas as estruturas sociais são alteradas, incluindo os microsistemas, os mesossistemas e os exossistemas. Nestas circunstâncias, ter-se-á necessariamente de analisar, de adaptar e de enquadrar as novas características daqueles sistemas, para que a intervenção possa ajustar-se aos novos condicionalismos da realidade.

A perspectiva ecológica presta, assim, um grande contributo para o processo de formulação, de avaliação e de compreensão da intervenção precoce, pois permite-nos visualizar as relações (potenciais e actuais) entre os programas, as conceptualizações alternativas aos factores que afectam as crianças e suas famílias, a multiplicidade de estratégias de intervenção para além de nos alertar constantemente para o facto de o contexto dar forma às relações causais. Diz-nos sempre «depende», reclamando as tentativas para descobrir «de quê».

Modelo Transaccional de Sameroff & Chandler (1975)

Na abordagem do Modelo Transaccional, os resultados no desenvolvimento não advêm apenas das características do indivíduo, ou das características do contexto experienciado, mas são constituídos a partir da combinação entre o indivíduo e a sua experiência (Sameroff & Fiese, 1990).

Segundo o Modelo Transaccional, o desenvolvimento não é um processo uniforme, linear ou mecânico (Sameroff & Chandler, 1975), mas sim o resultado das interações contínuas e dinâmicas entre a criança e as experiências proporcionadas pela sua família e pelo contexto social (Sameroff & Fiese, 2000).

Esta nova abordagem remete-nos para duas constatações fundamentais com impacto nos programas de intervenção precoce:

- não existe uma relação linear entre o nível de competência de uma criança, em qualquer ponto do seu desenvolvimento precoce, e a sua competência futura, como adolescente ou adulto;
- para se poder equacionar, com alguma precisão, o desenvolvimento posterior, é necessário também ter em conta os efeitos do ambiente familiar e social que potenciam ou contrariam um percurso desenvolvimental positivo.

A descrição dos contextos em que ocorre o desenvolvimento é um prólogo necessário à compreensão dos problemas do desenvolvimento e à eventual elaboração de programas de intervenção precoce.

No que se refere à intervenção, o modelo transaccional tem implicações pertinentes, particularmente no que diz respeito à identificação dos alvos e das estratégias de intervenção. De acordo com este modelo, as mudanças de comportamento são o resultado de uma série de interações entre indivíduos que partilham um sistema, orientando-se por princípios reguladores específicos. Ao examinar os pontos fortes e as fragilidades do sistema de regulação, podem ser identificados os objectivos que minimizam a amplitude da intervenção e que maximizam a sua eficácia (Sameroff & Fiese, 2000).

Sameroff e Fiese (2000) definem três aspectos fundamentais de intervenção, designados por *remediação*, *redefinição* e *reeducação*, como é ilustrado na figura 1.

A *remediação* altera a forma de comportamento da criança em relação aos pais; a *redefinição* muda a forma como os pais interpretam o comportamento do seu filho; a *reeducação* altera a forma de comportamento dos pais em relação ao seu filho.

Apesar de intervenções particulares poderem ser associadas mais estreitamente a aspectos específicos do código cultural, do código familiar ou do código parental, deve ser evidente que as intervenções implementadas numa área podem influenciar outras partes do processo de desenvolvimento. A *remediação* dirigida à criança pode afectar o código familiar, porque facilita as interações pais-filho(a), ao mesmo tempo que estimula a *redefinição* dos pais em relação à sua criança.

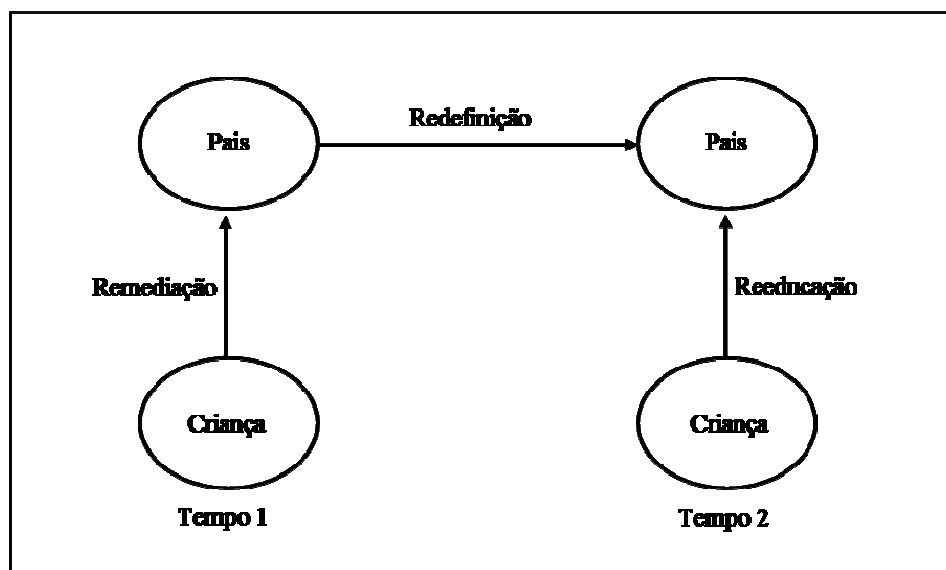


Figura 1. Os 3 RS da intervenção precoce, segundo o modelo transaccional (Sameroff & Fiese, 2000).

Assim, podemos referir que este enquadramento conceptual, ao clarificar a complexidade das interações organismo/meio coloca igual ênfase nos efeitos inerentes à criança e nos do envolvimento, de tal modo que as experiências vividas no meio ambiente não são encaradas como sendo independentes do indivíduo.

Os resultados obtidos, ao nível do desenvolvimento da criança, não são uma função do estado inicial da criança, nem do estado inicial do meio ambiente, mas sim uma função complexa da inter-relação entre a criança e o meio, ao longo do tempo (Sameroff & Fiese, 2000).

A perspectiva social e sistémica sugerida por estes modelos reflecte-se na citação de Bronfenbrenner (1979), que advoga e explicita claramente a independência e a reverberância das unidades sociais:

A capacidade de os pais desempenharem com eficácia os seus papéis parentais no seio da família depende das exigências dos papéis, dos factores de stress, e dos apoios oriundos de outras fontes... . As avaliações que os pais fazem das suas próprias capacidades para funcionar eficazmente, bem como a forma como encaram a sua criança, estão relacionadas com factores externos, como a flexibilidade dos horários laborais, a adequação dos planos relativos aos cuidados das crianças, a presença de amigos e vizinhos que possam ajudá-los em circunstâncias de maior ou menor emergência, a qualidade dos serviços sociais e de saúde, e a segurança do meio ambiente em que vivem. A disponibilidade de estruturas de apoio é, por seu lado, uma função da sua existência e frequência numa dada cultura ou sub-cultura. Esta frequência pode ser melhorada pela adopção de políticas e práticas públicas que criem estruturas adicionais e papéis de índole social encorajadores da vida em família. (p. 7)

A perspectiva social e sistémica consubstancia-se numa definição abrangente e multifacetada da IP, que refere que a Intervenção Precoce é a prestação de apoio e de recursos a famílias de crianças pequenas, por parte dos membros de redes sociais de apoio informal e formal, que influenciam, tanto directa, como indirectamente, o funcionamento da criança, dos pais e da família (Dunst, 1985, 2000b, 2005a; Dunst, Trivette, & Jodry, 1997).

Este enquadramento sistémico / social permite clarificar alguns aspectos e implicações da IP, nomeadamente o reconhecimento de que:

- a rede social de uma família (redes sociais de apoio intra-familiares, informais, comunitárias e formais) fornece apoio e recursos necessários à vida do dia-a-dia, ao cumprimento das responsabilidades parentais, e ao apoio à aprendizagem e ao desenvolvimento da criança;

- as interações que visam dar apoio, e que ocorrem entre os membros da rede de apoio social, constituem o contexto para um vasto leque de experiências ambientais e de oportunidades, que influenciam o comportamento e o desenvolvimento da criança, dos pais e da família;
- o apoio social é uma variável ambiental; como tal, qualquer número de experiências e oportunidades de apoio, para além daquelas associadas a práticas de programas de intervenção precoce mais tradicionais, pode e deve operar como uma forma de intervenção precoce;
- o apoio prestado pode ter influências quer directas, quer indirectas, numa criança em desenvolvimento, nos seus pais e na sua família (Dunst, 2000b).

Tendo em conta que a definição sistémica / social de IP reforça a importância do apoio social, enquanto fonte de oportunidades e de experiências que contribuem de forma significativa para possíveis variações no desenvolvimento e funcionamento das famílias, iremos abordar, ainda que de forma breve, alguns aspectos que permitem enquadrar e explicitar a relação entre IP e Apoio Social.

2- A Intervenção Precoce e o Apoio Social

RESUMO Neste subcapítulo, analisaremos a complexidade do apoio social, bem como a sua relação de interdependência com o conceito de IP. Nesta análise, justificaremos a existência desta interdependência através da operacionalização do Modelo de Corresponsabilização e Promoção das Capacidades da Família.

Finalizaremos com a apresentação e análise dos modelos integrado de intervenção precoce de Dunst (2000) e de desenvolvimento sistémico para a intervenção precoce de Guralnick (2005). Estes modelos consubstanciam-se como propostas de reflexão para a criação de um sistema de IP coordenado, articulado e enquadrado por princípios e práticas contemporâneas que espelhem a qualidade dos apoios e serviços prestados às famílias.

2.1 Apoio Social: Complexidade e Multidimensionalidade

A investigação sobre o apoio social tem produzido resultados que contribuíram para uma melhor compreensão da natureza multidimensional deste constructo, bem como para a compreensão da complexidade do impacto, a curto e a longo prazo, das relações de apoio nos resultados das famílias (Dunst, 1995; Pierce, Sarason, Sarason, Joseph, & Henderson, 1996).

Actualmente, o apoio social é definido como um processo transaccional que implica trocas constantes e complexas de recursos entre as famílias, os membros das suas redes sociais de apoio e os profissionais. O processo transaccional deste apoio complexifica o conjunto de relações entre os diferentes componentes do apoio social, tornando-os factores de influência constante nos resultados obtidos pelos diferentes intervenientes neste processo e, simultaneamente, valoriza o conceito de reciprocidade (apoio mútuo) como factor altamente satisfatório e potenciado da qualidade das relações biunívocas entre os profissionais e as famílias.

Segundo Dunst et al. (1988), pode definir-se o apoio social como:

A ajuda de carácter emocional, psicológico, associativo, informativo, instrumental ou material, prestada pelos membros das redes de apoio social, que influenciam, de forma positiva, a saúde e o bem-estar, promovem a adaptação aos acontecimentos da vida e o desenvolvimento do receptor de tal ajuda. (p.28)

O apoio social pode ser prestado por redes de *apoio formal*, representativas das instituições (saúde, educação, segurança social, justiça, entre outras) e dos diferentes profissionais (educadores, psicólogos, técnicos de serviço social, terapeutas, entre outros), e por redes de *apoio informal*, que incluem os indivíduos (amigos, família alargada, vizinhos,...) e os grupos sociais (associações, grupos e organizações comunitárias).

Segundo Dunst (2000b), o apoio social e os recursos influenciam directamente a saúde e o bem-estar do receptor de apoio; por sua vez, tanto o apoio, como a saúde/bem-estar influenciam os estilos parentais; finalmente, o apoio, o bem-estar e os estilos parentais influenciam, directa ou indirectamente, o comportamento e o desenvolvimento da criança, como se pode constatar pela figura 2.

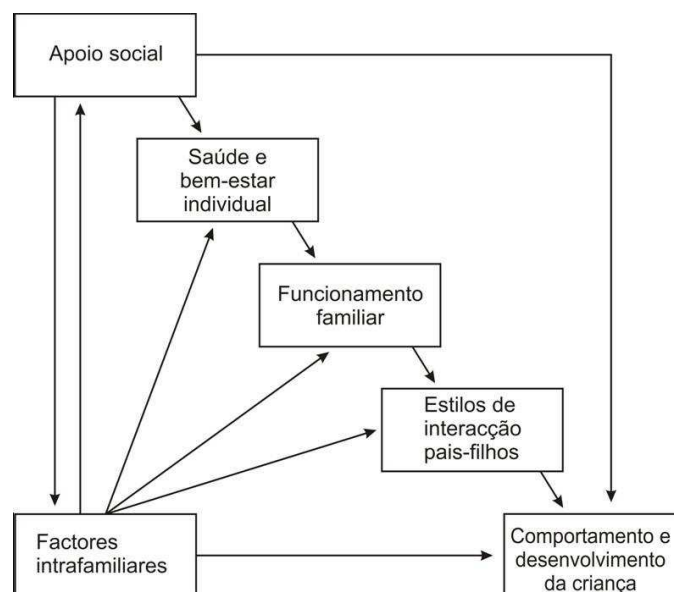


Figura 2. Modelo descritivo da influência directa e indirecta do apoio social e dos factores intra-familiares na saúde e bem-estar da família, nos estilos parentais e no comportamento e desenvolvimento da criança (Dunst, 2000b)

O apoio social é assim perspectivado como um processo transaccional, que sofre influências de um conjunto de componentes, entre as quais são estabelecidas relações que, em conjunto, de forma directa ou indirecta, influenciam o funcionamento e bem-estar da família, os seus estilos interactivos, e o comportamento e desenvolvimento da criança. Estas componentes criam entre si potenciais conexões, caracterizando assim a complexidade e natureza multidimensional do apoio social, como pode ser observado na figura 3 (Dunst, 2000a).

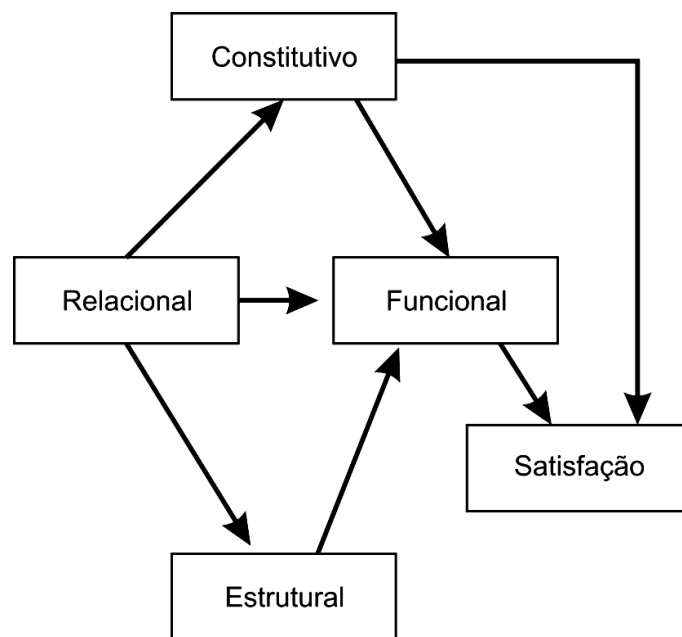


Figura 3. Potenciais conexões entre as diferentes componentes do apoio social (Dunst, 2000a)

As principais componentes do apoio social são definidas como:

a) *Apoio relacional:* descreve a qualidade e quantidade das relações sociais da família, nomeadamente estado marital, tamanho das redes sociais, relações com organizações sociais, entre outras;

b) *Apoio estrutural:* descreve as redes sociais de apoio, bem como algumas das suas características, nomeadamente o tamanho, a distância, a duração, a frequência, a reciprocidade, a consistência, entre outras;

c) *Apoio constitucional/constitutivo*: descreve a congruência entre as necessidades identificadas e o tipo de apoio prestado;

d) *Apoio funcional*: descreve as qualidades essenciais do apoio prestado, nomeadamente, o tipo, a quantidade e a qualidade do apoio;

e) *Satisfação no apoio*: descreve a percepção da adequação do apoio (Dunst & Trivette, 1990; Dunst, Trivette, & Deal, 1988; Dunst et al., 1997; Trivette, Dunst, & Hamby, 1996c).

A complexidade das relações entre o apoio social e diferentes aspectos do funcionamento da criança, dos pais, e da família, é claramente definida e clarificada pela investigação realizada por diferentes autores nacionais e internacionais (Beckman, 1996a; Carmo, 2004; Coutinho, 1996; Craveirinha, 2002; K. Crnic & Stormshak, 1997; K. A. Crnic & Greenberg, 1990; K. A. Crnic, Greenberg, Ragozin, Robinson, & Basham, 1983; Cruz, Fontes, & Carvalho, 2003; Dempsey & Keen, 2008; Dunst, 1985, 1990, 1997, 1999, 2000a; Dunst & Trivette, 1990, 2001a, 2001b; Dunst, Trivette, & Deal, 1988, 1994; Dunst, Trivette, & Hamby, 2006, 2007; Dunst et al., 1997; Dunst, Trivette, & LaPointe, 1994; Flores, 1999; Gomes & Geraldés, 2005; Guralnick, 2005b; Judge, 1997; Mahoney & Bella, 1998; R. A. McWilliam & Scott, 2001; Morgado & Beja, 2000; Narciso, 2003; Ribeiro & Sarmiento, 2005; Romer & Umbreit, 1998; Serrano, 2003b, 2007; Serrano & Bento, 2004; L. Thompson et al., 1997; Trivette, Dunst, & Hamby, 1996a, 1996b; Trivette et al., 1996c).

Segundo Dunst et al. (1997), as investigações que enfatizam o apoio social enquanto IP referem um conjunto de conclusões, que nos obrigam a reflectir e a perspectivar a adequação do funcionamento dos programas de IP, nomeadamente:

- o apoio social prestado pelas redes de apoio informal influencia positivamente o funcionamento da família;

- o apoio informal diminui as atitudes negativas dos pais e incrementa sentimentos positivos em relação ao comportamento da criança;

- o apoio social informal está relacionado com o incremento de oportunidades de jogo família/criança, com a qualidade do comportamento dos pais, e com a responsividade maternal ao comportamento da criança;

- o apoio social está relacionado com a diminuição de problemas de comportamento na criança e com o incremento de comportamentos positivos.

A investigação reforça ainda que o apoio prestado pelos profissionais de IP é mais útil e benéfico quando os profissionais são identificados pela família como fazendo parte da sua rede de apoio social informal (Carmo, 2004; Dunst, 1995, 1999, 2000a; Dunst, Trivette, & Deal, 1988; Flores, 1999; Morgado & Beja, 2000; Serrano, 2003b, 2007; Serrano & Bento, 2004).

Um dos modelos que clarifica e justifica a existência de relações entre o apoio social e os diferentes aspectos do funcionamento da criança e da família, e que se focou na identificação de princípios e de práticas que definem a abordagem centrada na família, é o modelo de Corresponsabilização e Promoção das Capacidades da Família, que abordaremos sinteticamente.

2.2- Modelo de Corresponsabilização e Promoção das Capacidades da Família

No modelo de Corresponsabilização e Promoção das Capacidades, a família é encarada como um todo social com características únicas, inserida num conjunto vasto de influências, e de interdependências, e de redes sociais formais e informais.

Tendo em conta esta perspectiva, a intervenção deve visar a família como um todo, e não simplesmente a criança, contemplando a análise e compreensão da influência dos vários membros da família, no sentido de os capacitar e apoiar na procura de apoios e recursos que satisfaçam as suas necessidades e aspirações (Dunst, Trivette, & Deal, 1994).

Este modelo permite assim, conceptualizar e estruturar as práticas de qualidade em intervenção precoce e, em especial, salienta a pertinência de novas atitudes e papéis, por parte dos profissionais, aquando das interações com as famílias, reforçando a importância do conceito de corresponsabilização (Dunst, 1997, 2000b).

O conceito de corresponsabilização tem sido utilizado numa variedade de contextos. Nestes, é descrito e analisado enquanto filosofia, paradigma, processo, parceria, desempenho, e percepção, como pode ser observado no quadro 1 (Dunst, 1998b; Dunst, Trivette, & LaPointe, 1994).

Quadro 1.

Principais Campos, Elementos Chave e Tópicos da Corresponsabilização

(Dunst, 1998b)

Campos	Elementos-chave	Tópicos
Filosofia	Princípios	Presumíveis capacidades dos indivíduos; valorização da diversidade
Paradigma	Propriedades	Orientação no sentido dos pontos fortes; Próactiva; controlo de competências
Processo	Experiências de capacitação	Oportunidades e situações promotoras de aprendizagem
Parcerias	Colaboração	Respeito mútuo; partilha de decisões,
Desempenho	Comportamentos	Conhecimentos; competências; crescimento pessoal; comportamentos de afiliação
Percepções	Atribuições	Eficácia pessoal; auto-controlo; auto-estima; locús de controlo; eficácia política

Segundo Dunst, Trivette, e Deal (1988), o conceito de corresponsabilização pressupõe que as famílias possuem: **a)** controlo no acesso aos recursos, **b)** capacidades para tomar decisões e resolver problemas, e **c)** capacidades para interagir de forma efectiva na procura de recursos.

Este conjunto de competências permite às famílias gerir de forma eficaz as exigências e os vectores de força que diariamente recaiam sobre elas, promovendo o seu bem-estar individual e familiar, indicam igualmente, que o desenvolvimento de competências deverá acontecer num contexto de vida vivida, e não num programa artificial, onde todos, incluindo a família, sabem que é realmente o profissional quem detém a responsabilidade (Rappaport, 1981).

Este conjunto de afirmações inclui três condições que reflectem o modo como se deve pensar acerca das relações de apoio e das práticas de corresponsabilização:

1) as pessoas já têm competências ou têm capacidade para adquiri-las - **posição proactiva;**

- 2) a dificuldade em demonstrar competências não é causada por falta de competências das pessoas mas, pelo contrário, deve-se à falha do sistema social em criar oportunidades de aprendizagem e de demonstração de competências - **experiências de capacitação**;
- 3) a pessoa que procura ajuda deve atribuir a alteração de comportamentos, pelo menos em parte, às suas próprias acções, se o objectivo é adquirir o sentido de controlo necessário à gestão dos assuntos da família – **corresponsabilização** (Dunst, Trivette, & Deal, 1988; Dunst, Trivette, & LaPointe, 1994; Rappaport, 1981).

Em conjunto, estas três asserções sugerem a importância do comportamento dos profissionais como parte do processo de capacitação e corresponsabilização das famílias, ressaltando que o que está em jogo não é simplesmente responder às necessidades das famílias, mas a forma/modo como se vai responder a essas necessidades.

Segundo Dunst (1997; 2000b), a investigação e a prática relativas aos diversos componentes do modelo de Corresponsabilização e Promoção das Capacidades da Família traduziram-se numa melhor compreensão das condições e dos processos que influenciam os desejos e as preocupações da família, num maior rigor na identificação e desenvolvimento das capacidades da criança, dos pais e da família e, ainda, no uso de um modelo baseado nos recursos que promova a sua optimização, de modo a poder alcançar-se os resultados desejados (Trivette et al., 1997).

2.3- Intervenção Precoce Baseada nos Recursos: Características e Consequências

As práticas de IP baseadas nos recursos constituem um conjunto de estratégias que se focam na mobilização e na prestação de apoios e de recursos aos indivíduos e às famílias, possibilitando-lhes o acesso aos resultados desejados.

Derivam das concepções ecológicas, que consideram que um amplo e variado número de experiências da comunidade influenciam, directa e indirectamente, o funcionamento da criança, dos pais e da família (Bronfenbrenner, 1979; Dunst, 2000a, 2001a; Dunst, Herter et al., 2000; Dunst, Trivette, & Deal, 1988; Dunst, Trivette, Humphries, Raab, & Roper, 2001; Mott & Dunst, 2006; Serrano, Pereira, & Carvalho, 2003; Trivette et al., 1997).

No contexto das práticas baseadas nos recursos, entende-se por recursos o conjunto ou tipo de oportunidades e experiências existentes na comunidade, que permitem a um indivíduo, a uma família ou a um grupo, obter os resultados desejados. Contrariamente, define-se serviços como o conjunto de actividades específicas ou particulares utilizadas pelo profissional ou programa enquanto resposta a um indivíduo, a uma família ou a um grupo (ex., terapia ocupacional, terapia da fala) (Dunst, Trivette, & Deal, 1994; Mott, 2005a, 2005b; Mott & Dunst, 2006; Trivette et al., 1997).

Segundo Trivette et al. (1997), as concepções de IP baseadas nos serviços são limitadas e limitadoras, porque valorizam quase exclusivamente os serviços formais, em detrimento dos recursos de apoio existentes na comunidade. Pelo contrário, a IP baseada nos recursos inclui diferentes tipos de oportunidades de aprendizagem na comunidade que potenciam as competências da criança e da família, não se baseando apenas num tipo de ajuda (profissional), mas na promoção, na mobilização e na utilização de várias fontes de apoio formais e informais existentes na comunidade, como pode ser verificado no quadro 2 (Boavida & Borges, 1994, 2000; Boavida, Espe-Sherwindt, & Borges, 2000; Dunst, Herter et al., 2001; Dunst, Trivette, & Deal, 1994).

Quadro 2.

Diferenças entre a IP baseada nos Serviços e a IP baseada nos Recursos (Trivette et al., 1997)

Intervenção Precoce Baseada nos Serviços		Intervenção Precoce Baseada nos Recursos	
<i>Característica</i>	<i>Aspectos</i>	<i>Característica</i>	<i>Aspectos</i>
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 correcção dos défices	Focada nas capacidades	As intervenções são baseadas nos pontos fortes, e construídas a partir da capacidade colectiva 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.

A IP baseada nos recursos é conceptualizada e operacionalizada de acordo com três componentes: a) as *fontes de apoio e de recursos* – como respostas às necessidades da criança e família; b) o *mapa de recursos da comunidade* – como procedimento utilizado na localização das fontes de apoio na comunidade imediata ou alargada da família, c) e as *estratégias de desenvolvimento de capacidades* - utilizadas para edificar/potencializar a capacidade dos membros da comunidade, dos grupos e das organizações proporcionar recursos às crianças e suas famílias (ver figura 4) (Trivette et al., 1997).

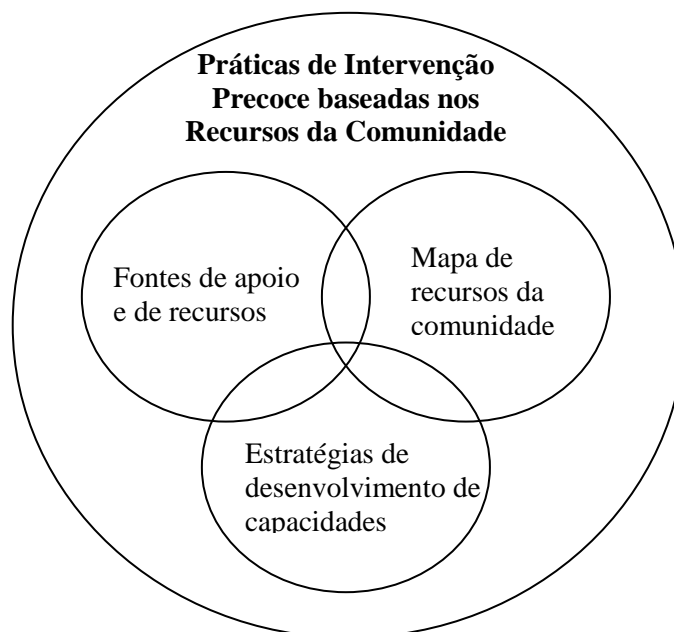


Figura 4. Principais componentes das práticas de Intervenção Precoce baseadas nos recursos (Trivette, Dunst, & Deal, 1997).

A IP baseada nos recursos deve ser valorizada e compreendida, pois reforça os sistemas de apoio comunitário para responder às necessidades da criança e da família pode ser mais positivo a longo prazo, uma vez que os apoios da comunidade tendem a ser mais estáveis e mais facilmente acessíveis às crianças e suas famílias do que os sistemas de apoio baseados apenas nos serviços (Dunst, Trivette, & Deal, 1994; Mott & Dunst, 2006; Mott & Swanson, 2006; Trivette et al., 1997).

A investigação refere, igualmente, que as práticas de intervenção precoce baseadas nos recursos têm benefícios devidamente comprovados, nomeadamente no reforço: a) das

competências das famílias, b) do desenvolvimento da criança, c) da satisfação da família em relação à obtenção de recursos, d) do bem-estar dos pais e da família, e) da capacidade de resposta da comunidade às necessidades das crianças e suas famílias (Dunst, 2001b; Dunst & Bruder, 2002; Dunst & Trivette, 2001a; Dunst et al., 1997; Mott, 2005a, 2005b, 2006a, 2006b; Mott & Dunst, 2006; Mott & Swanson, 2006; Trivette et al., 1997).

Estas novas conceptualizações e operacionalizações em relação à Intervenção Precoce, e especificamente em relação à abordagem centrada na família, levaram Dunst (2000b; Dunst, 2005a, 2005b) a propor um novo paradigma integrador da intervenção precoce, que pode ser analisado no quadro 3.

Quadro 3.

Fundamentos Estruturais e Integrados da Intervenção Precoce (Dunst, 2005a)

Fundamentos	Estrutura	Elementos chave
Teóricos	Sistemas ecológicos e sociais	A teoria dos sistemas considera que o desenvolvimento e o comportamento são multideterminados pelas experiências e pelas oportunidades que emanam dos diferentes contextos e fontes de apoio e de recursos.
Conceptuais	Paradigmas promotores de capacidades	Promoção, corresponsabilização, baseados nas forças, baseados nos recursos e nos modelos centrados na família, são utilizados para assegurar práticas que tenham características e conseqüências positivas.
Operacionais	Elementos práticos	Intervenções focadas na aprendizagem da criança, em actividades contextualizadas na família/comunidade, no apoio aos pais, nas interacções pais/criança, nas oportunidades de participação para as famílias, nos apoios à família/comunidade e nas práticas centradas na família, como contextos optimizadores dos benefícios da intervenção.
Performance	Normas e indicadores de referência	Indicadores práticos que descrevem expectativas ou operacionalizam as condições ou comportamentos que provavelmente produzirão os efeitos desejados. Esses indicadores são utilizados como standards para promoverem a utilização de práticas baseadas na investigação.

Este paradigma baseia-se em fundamentos que, em conjunto, providenciam a base que assegura que as experiências e oportunidades que são proporcionadas à criança, aos pais e às famílias contemplam experiências de capacitação, que têm como consequência a responsabilização.

Estes fundamentos são operacionalizados e sintetizados no modelo integrado ou de terceira geração, proposto por (Dunst, 2000b).

2.4- Modelo Integrado de Intervenção Precoce (Dunst, 2000b)

O modelo integrado, ou de terceira geração, proposto por Dunst (2000b), pretende sintetizar algumas evidências da investigação realizada nas últimas décadas, que realçam os sistemas sociais e as variáveis ambientais como consequência da melhoria do desenvolvimento e do funcionamento da família, como pode ser constatado na figura 5.

Este modelo está igualmente a ser utilizado como estrutura para conceptualizar e para operacionalizar a intervenção precoce e o apoio familiar, pois o conhecimento base sobre os factores ambientais, associados a resultados positivos na criança, nos pais e na família, reforçam e qualificam as práticas de IP (Bruder, 2000; Dunst, 2000a, 2000b, 2005a; Dunst, Bruder et al., 2001).

A IP conceptualizada neste modelo inclui três componentes principais, designadamente: a) oportunidade de aprendizagem para a criança, b) apoios aos pais, e c) apoios e recursos da família/comunidade, prestados tendo por base as práticas centradas na família.

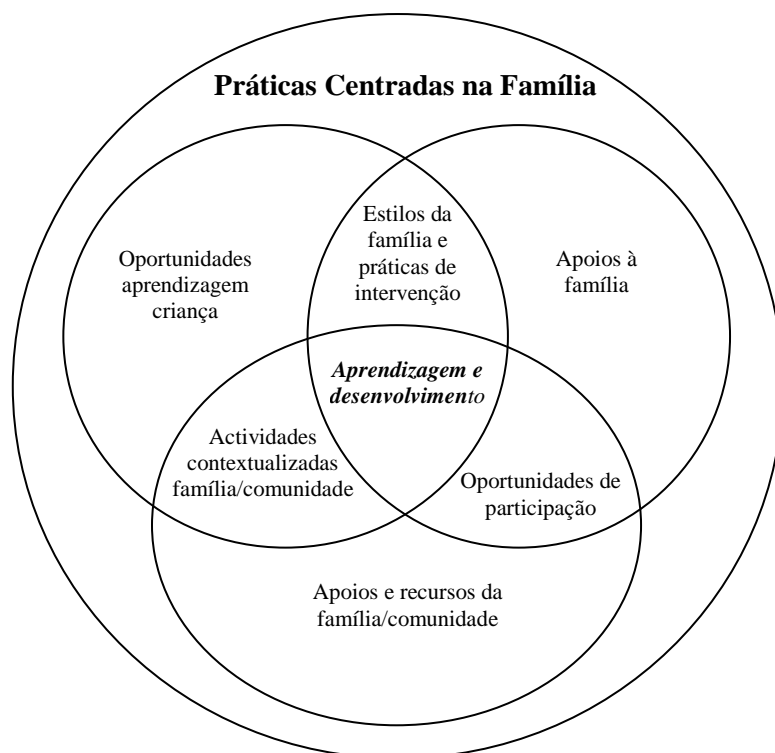


Figura 5. Principais componentes operacionais do modelo de Intervenção Precoce de “terceira geração” (Dunst, 2000b)

As *oportunidades de aprendizagem da criança* constituem-se como o principal foco do componente de aprendizagem e de desenvolvimento da criança neste modelo, pois baseiam-se nos interesses da criança, maximizando-os, encorajam a exploração, desenvolvem competências, e provocam a sensação de domínio das suas capacidades, como pode ser constatado na figura 6.

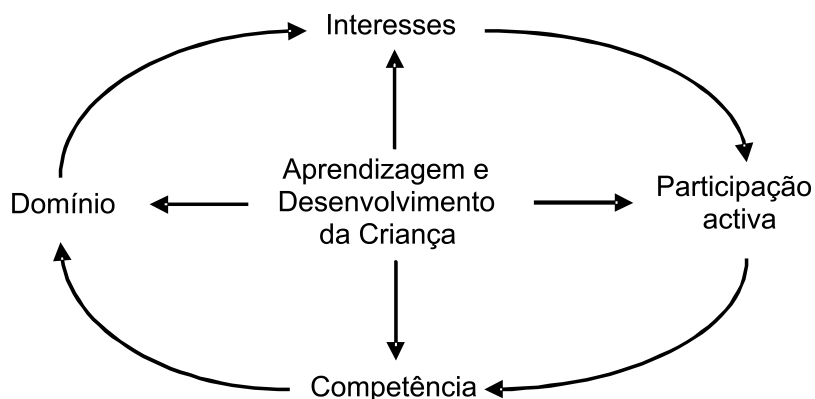


Figura 6. Aprendizagem e desenvolvimento da criança baseada nos interesses (Dunst, Bruder et al., 2001).

Como refere R. McWilliam (2002), o desenvolvimento da criança não é o resultado de tentativas maciças de estimulação descontextualizadas, mas o resultado de interacções nos seus contextos de vida, ao longo do tempo. Este facto alerta-nos para a importância da valorização da família e da comunidade enquanto ambientes de aprendizagem naturais, que promovem a aprendizagem e o desenvolvimento da criança, incrementando, deste modo, a inclusão da criança e da sua família na comunidade a que pertence (Dunst & Bruder, 1999a, 1999b; Dunst, Herter et al., 2000).

O *apoio aos pais* e às tarefas relacionadas com as responsabilidades parentais, inclui a informação e a formação, que tanto fortalecem os conhecimentos e as competências parentais já existentes, como promovem a aquisição de novas competências, necessárias para desempenhar as responsabilidades parentais e para criar novas oportunidades de aprendizagem que potenciem o desenvolvimento da sua criança (Coutinho, 1999, 2003, 2004; Dunst, 2001a, 2001b; P. A. Gallagher, Rhodes, & Darling, 2004; Keiser & Hancock, 2003; Mahoney et al., 1999; Raab, 2005; Wilson, 2005).

Os *apoios familiares e comunitários* incluem quaisquer tipos de recursos intra-familiares, informais, comunitários e formais de que os pais necessitam para poderem dispor de tempo e de energia para o exercício das actividades exigidas pelas suas responsabilidades parentais (Dunst & Trivette, 2001a; Dunst, Trivette, & Deal, 1994; Mott, 2005a, 2005b).

As *práticas centradas na família* constituem-se como filosofia enquadradora deste modelo, conferindo à família o papel central no processo de escolha e decisão, relativamente a todo o processo de apoio na IP (Dunst, 1995, 1997, 1998b, 2000b, 2002; Dunst, Trivette, Davis, & Corwell, 1988). A investigação reforça, claramente, a relação entre a participação activa da família na procura dos apoios e recursos desejados e o aumento da capacidade de controlo da família e da sua autonomia (Dunst, 1998c; Dunst et al., 2006, 2007; Neal, 2007).

A criação e maximização de oportunidades de aprendizagem para a criança, de apoios parentais, e de recursos familiares/comunitários, fortalecem as capacidades existentes, e promovem a competência da criança, dos pais e da família.

A intersecção dos principais componentes de cada dimensão do modelo define elementos adicionais de práticas recomendadas, designadamente:

- A intersecção das oportunidades de aprendizagem das crianças com os apoios familiares/comunitários define o conjunto de *actividades contextualizadas* que funcionam como fontes de oportunidades de aprendizagem naturais.

A investigação realizada por (Dunst & Hamby, 1999a, 1999b; Dunst, Hamby et al., 2000; Dunst, Herter et al., 2001) evidência um conjunto de categorias de actividades enquadradas nos contextos de vida familiar e da comunidade, que constituem fontes de oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento da criança e da sua família, como se pode observar no quadro 4.

Quadro 4.

Categorias de actividades existentes nos contexto de vida da família e da comunidade que se constituem como fontes de oportunidades de aprendizagem naturais (Dunst & Hamby, 1999a)

Contexto de Vida na Família	Contexto de Vida na Comunidade
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rotinas da família ▪ Rotinas dos pais ▪ Rotinas da criança ▪ Actividades de literacia ▪ Actividades motoras ▪ Actividades lúdicas ▪ Diversões ▪ Rituais familiares ▪ Celebrações da família ▪ Actividades de jardinagem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividades da família ▪ Saídas da família ▪ Actividades lúdicas ▪ Acontecimentos comunitários ▪ Actividades ao ar livre ▪ Actividades recreativas ▪ Diversões ou espectáculos ▪ Igreja/Grupos religiosos ▪ Organizações ou grupos ▪ Actividades desportivas

- A intersecção das oportunidades de aprendizagem da criança com os apoios aos pais define os *estilos parentais e as práticas de ensino* que apresentam maiores probabilidades de ter consequências positivas para o desenvolvimento da criança. Pais que apoiam e encorajam as competências da criança são provavelmente mais capazes de providenciar oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento às suas crianças. Crianças que experienciam estilos parentais adequados evidenciam comportamentos sociais mais apropriados, e demonstram níveis de desenvolvimento de competências mais elevados (Mahoney & Bella, 1998; Wilson, 2005).

- A intersecção dos cuidados parentais com os apoios familiares/comunitários define o género de *oportunidades de participação e interacção* que os pais mantêm com os membros da rede pessoal de apoio social, que influenciam as atitudes e os comportamentos parentais. Esta rede de apoio, ao providenciar apoios emocionais e instrumentais, permite desenvolver novas oportunidades de aprendizagem, bem como novos estilos de interacção.

Este modelo, bem como as lições extraídas da investigação e da prática, desafiam-nos a reflectir sobre a necessidade urgente e premente de criar ou de revitalizar os projectos de IP, esculpindo-os com princípios estruturais e conceptuais que legitimem um modelo de desenvolvimento sistémico para a IP que: a) englobe todos os componentes da moldura conceptual e filosófica da IP, enquadrando a abordagem sistémica em todos os níveis do sistema; b) integre e coordene todos os níveis do sistema; c) maximize a inclusão da criança e da sua família nos seus contextos de vida; d) implemente procedimentos de detecção e de identificação precoces; e) apoie, monitorize e individualize todos os níveis do sistema; f) integre um processo de avaliação adequado; g) reconheça a importância das parcerias com as famílias, tendo em conta as suas especificidades e singularidades; e h) inclua práticas de qualidade, devidamente certificadas e validadas pela investigação (Guralnick, 2001, 2005b).

2.5- Modelo de Desenvolvimento Sistémico para a Intervenção Precoce de Guralnick (2005b)

Segundo Guralnick (2005b), os princípios propostos como quadro de referência do modelo de desenvolvimento sistémico para a IP devem solidificar e enquadrar uma estrutura organizacional consistente, coerente e simplificada dos programas de IP, que

salvaguarde a especificidade dos diferentes contextos em que estes programas estão a ser implementados (ver figura 7).

A estrutura organizacional proposta por este modelo é definida por um conjunto de componentes, que passaremos a abordar, clarificando e especificando o seu contributo no modelo proposto.

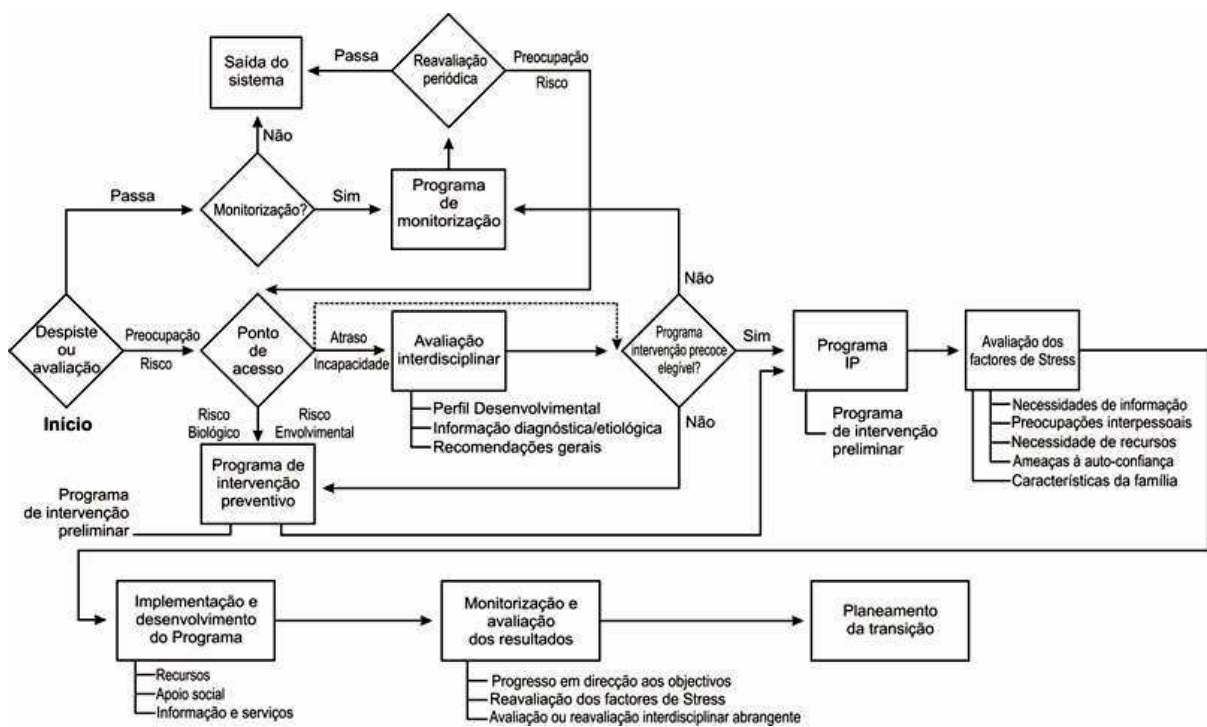


Figura 7. Modelo de desenvolvimento sistémico para a Intervenção Precoce (Guralnick, 2005b).

Despiste e sinalização

Processo através do qual é recolhida informação que permite identificar, o mais cedo possível, as crianças que necessitam de possíveis serviços e apoios, minimizando eventuais atrasos de desenvolvimento, prevenindo e diminuindo o impacto de factores de risco, e maximizando os factores de oportunidade (Gilliam, Meisels, & Mayes, 2005; Guralnick, 2005a, 2005b; Shonkoff & Phillips, 2000).

O processo de despiste e sinalização deverá: acontecer o mais cedo possível na vida da criança; ter em conta todas as áreas do desenvolvimento da criança; utilizar vários métodos de recolha de dados, bem como informações de diferentes fontes implicadas na vida da criança; utilizar instrumentos que contemplem características psicométricas e culturais adequadas e relevantes; ser um processo eficiente em termos de tempo, de custos e de recursos; enquadrar mecanismos de coordenação e de articulação com outros sistemas de avaliação e de intervenção. Este processo só poderá ser simplificado se forem definidos critérios e protocolos adequados, que permitam a equidade no acesso a este processo.

Monitorização

As crianças que não obedecem aos critérios definidos na componente anterior, mas que suscitam algumas dúvidas em relação a possíveis factores de risco, devem continuar sob vigilância periódica do sistema (Guralnick, 2005b).

Nesta componente, é valorizado o desenho de programas de prevenção de qualidade, para as crianças e suas famílias, que contemplem a compreensão das múltiplas influências que interferem no crescimento e desenvolvimento humano, que perspectivem o apoio na comunidade e a colaboração entre investigadores e profissionais, facilitando a aproximação, tão necessária, da ciência e da arte, na elaboração e avaliação destes programas (Borkowski, Smith, & Akai, 2007; Farran, 2005).

Segundo Feldman (2004), a vertente preventiva da IP deve ser considerada a nova face da IP do novo milénio, devido ao crescente número de crianças de risco, especialmente daquelas que vivem em situação de pobreza. A investigação refere que a pobreza constitui um forte factor preditivo de resultados adversos para a criança, devido essencialmente, ao efeito cumulativo de factores de risco, associados, entre outros, à falta de cuidados médicos, de nutrição desadequada ou restrita, à gravidez na adolescência, à utilização de opiáceos e à dificuldade de acesso aos apoios necessários (Beckman, 1996a; Richmond & Ayoub, 1993; Scarborough, Hebbeler, & Spiker, 2006; Scarborough et al., 2004).

Os Programas de IP devem, assim, perspectivar 3 níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. Estes 3 níveis deverão estar organizados de tal modo que a maior parte das famílias integre o primeiro nível de prevenção, diminuindo o número de famílias nos níveis subsequentes. Quando o primeiro e o segundo nível funcionam de forma adequada, o terceiro nível engloba apenas um número muito restrito de famílias. Segundo

Upshur (1990), a prevenção terciária tem um enfoque prioritário na intervenção enquanto melhoria ou cura da condição, e tem um papel muito restrito na prevenção propriamente dita.

Embora os 3 níveis de prevenção estejam claramente definidos e identificados, a prevenção primária raramente é prioritária nos programas de IP. Este facto deve-se, em parte, na nossa opinião, à centralização economicista errónea dos critérios de elegibilidade nas crianças em/de risco, estabelecido em detrimento das crianças em/de risco envolvental ou biológico (Tjossem, 1976).

Actualmente, nos Estados Unidos, vários projectos têm sido avaliados, tendo em conta a análise da relação custos/benefícios sociais. Destes projectos, destaca-se o *Carolina Abecedarian Early Childhood Intervention*, com um retorno de 4 dólares por cada dólar gasto; o *High/Scope Perry Preschool Study*, que reporta resultados positivos, e benefícios em termos de retorno, de 716% do valor gasto, por participante e por ano. Este retorno expressa-se ao nível da idade adulta das crianças atendidas, através de níveis superiores de escolaridade, de menor detenção judicial, de melhores salários e de menor necessidade de apoio social; e o *Chicago Longitudinal Study*, que referencia um retorno de \$7.14 por cada dólar gasto (Grant, 2005).

Ponto de acesso ao sistema de serviços

Esta componente define o local específico em que a família deve iniciar todo o processo, evitando, assim, um conjunto de constrangimentos relacionados com a fragmentação e com a dispersão dos serviços, que levantam um conjunto de problemas às famílias, problemas esses relacionados com a demora na identificação, com a dificuldade de acesso aos serviços, designadamente com a falta de informação em relação ao local, à pessoa com quem devem contactar, ao início do apoio, e com a dificuldade em aceder a outros serviços e recursos necessários (Beckman, 1996a; Guralnick, 2005b; Harbin, 2005).

Esta componente deverá abrir *janelas* de possibilidades e de oportunidades à família, conduzindo-a e apoiando-a em todas as fases deste processo (Harbin, 2005).

Avaliação interdisciplinar

É um processo flexível de colaboração entre profissionais e família, que envolve a formulação de questões, a recolha de informação, a partilha de observações, e o suscitar de novas questões (H. A. Able-Boone & Crais, 1999; Bailey & Powell, 2005; Bruder, 2005;

Carvalho, 2004; Crais, 1997; Greenspan & Meisels, 1996; Kelly, La-Force, & Spieker, 2005; McConnell, 2000; R. A. McWilliam, 2005; Orsmond, 2005; Wolraich, Gurwitch, Bruder, & Knight, 2005).

Segundo Bailey e Wolery (1992), a avaliação deve permitir: a) determinar a elegibilidade das crianças para os programas de intervenção precoce, ou o seu encaminhamento para o tipo de abordagem mais adequado; b) identificar os objectivos da intervenção apropriados do ponto de vista desenvolvimental e funcional; c) identificar os estilos de interacção e as competências da criança; d) identificar os objectivos que os pais propõem para os seus filhos, assim como as necessidades por estes identificadas; e) construir e reforçar o sentido de competência dos pais; e f) desenvolver uma perspectiva integrada acerca das necessidades e dos recursos da criança e da família.

Esta componente deve: a) perspectivar um modelo integrado de desenvolvimento, que contemple uma visão holística e ecológica da criança e da sua família; b) basear-se em múltiplas fontes de informação e em múltiplas componentes, tendo em conta a complexidade do desenvolvimento, dos contextos e dos instrumentos; c) basear-se no contexto das relações e das interacções da criança e da família; d) perspectivar uma relação de colaboração entre a família e os profissionais; e e) constituir-se como o alicerce de todo o processo de intervenção e de apoio (Greenspan & Meisels, 1996; Meisels & Atkins-Burnett, 2000).

Elegibilidade para o sistema

A elegibilidade é uma questão complexa, que necessita urgentemente de ser definida e aferida, de acordo com os novos paradigmas conceptuais da IP, perspectivando a complexidade do desenvolvimento da criança, e a influência de múltiplos factores contextuais, nos resultados do desenvolvimento, ao longo do tempo (Bairrão & Almeida, 2003; Guralnick, 1997, 2005b; LaParo, Olsen, & Pianta, 2002; Meisels & Wasik, 1990; Upshur, 1990).

Embora se considere necessário a definição de critérios de elegibilidade claros tomando em consideração um sistema nacional, é fundamental não escamotear a diversidade das famílias e das crianças, tendo em conta as comunidades de vida em que residem, no sentido de serem salvaguardadas possíveis situações de risco, quer biológico, quer ambiental, que extrapolam, na maioria das vezes, os critérios de elegibilidade

actualmente definidos, mas que não devem, de forma alguma, sair do sistema, mantendo-as sob vigilância periódica, e podendo usufruindo dos serviços e apoios de que necessitem.

Avaliação de potenciais factores de stresse

A IP, ao valorizar e otimizar os padrões de interacção familiar no desenvolvimento da criança, deve considerar a existência de possíveis relações entre eventuais factores de stresse, relacionados quer com as características da criança, quer com as características da família (Sarimski, 1996).

Guralnick (1997; 2001; 2004; 2005b) defende que os programas de IP contemporâneos devem alterar ou moderar o impacto dos potenciais factores de stresse, que poderão influenciar os padrões de interacção família/criança e, conseqüentemente, o desenvolvimento da criança, através da mobilização e prestação de: a) apoios e recursos; b) redes de apoio sociais; c) informação e serviços.

Desenvolvimento e implementação do programa

O programa de intervenção deverá: ser centrado na família, envolvendo a escolha da família e a sua capacidade de decisão; abrangente, contemplando a diversidade, as necessidades e as expectativas das famílias, bem como as redes de apoio existentes e necessárias; coordenado e integrado nas rotinas da família e nos recursos da comunidade (Guralnick, 2001, 2005b; Spiker, Hebbeler, & Mallik, 2005).

Monitorização e avaliação dos resultados

Esta componente centra-se na monitorização dos resultados da criança e da sua família, dos potenciais e dos reais factores de stresse, e do enquadramento das várias componentes do sistema, tendo em conta possíveis ajustamentos e/ou alterações, de forma a assegurar a qualidade do programa (Guralnick, 2005b; Warfield & Hauser-Cram, 2005).

Planificação da transição

O objectivo da planificação da transição é a explanação de um processo que permita à família e à criança uma mudança confortável e positiva de um programa para outro. Idealmente, este processo deverá produzir um mínimo de perturbações nas rotinas familiares, ao mesmo tempo que enquadra o desenvolvimento da criança (Fonseca, 2006; Newcomb & Brown, 1996; Rosenkoetter, Hains, & Fowler, 1994).

O processo de transição requer um planeamento e uma avaliação sistemáticos, de maneira a sustentar as experiências e as oportunidades da criança nos seus contextos de vida (Fowler & Hazel, 1996; Harbin, 2005), e deve ser perspectivado tendo em consideração as características pessoais da criança, da família e dos profissionais envolvidos, as relações entre os diferentes participantes, as actividades, os procedimentos e apoios necessários, como pode ser visualizado na figura 8.

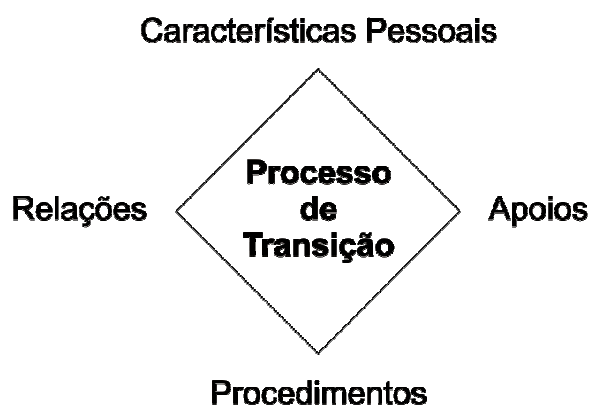


Figura 8. Processo de transição (Hanson, 2005).

Guralnick (2005b), ao propor-nos um modelo de desenvolvimento sistémico para a IP, desafia-nos a reflectir sobre a necessidade de criar um sistema de IP coordenado, articulado e enquadrado por princípios e práticas contemporâneas, que espelhem a qualidade dos apoios e dos serviços prestados às famílias de crianças com necessidades especiais, evitando a fragmentação e a dispersão dos serviços e dos apoios, bem como a dificuldade em aceder e a “navegar” nesses serviços.

Esta proposta é apoiada pela investigação, que refere que os investimentos realizados ao nível da IP têm benefícios a longo prazo, que não se restringem apenas à qualidade de vida das crianças e das famílias apoiadas, mas englobam, igualmente, reduções significativas de gastos a longo prazo ao nível da educação especial, de serviços de reabilitação e de institucionalizações. A IP deve ser perspectivada enquanto um investimento no futuro das nossas nações (Grant, 2005).

Os desafios e a sua complexidade, que nos são colocados actualmente pela IP, exigem-nos, assim, um melhor e maior conhecimento no que se refere à conceptualização e operacionalização do conceito de **Abordagem Centrada na Família**. Só assim poderemos, enquanto profissionais, reconhecer a centralidade da família na IP, e alcançar o objectivo de uma co-responsabilização colectiva em todo o processo desta abordagem.

3- Conceptualização e Operacionalização da Abordagem Centrada na Família na Intervenção Precoce

RESUMO Neste subcapítulo, analisaremos o termo, centrado na família, operacionalizando o conjunto de princípios e de práticas que o caracterizam. Realçaremos igualmente a importância do papel dos profissionais como factor de qualidade no apoio às famílias em IP.

Finalizaremos com o reconhecimento e validação da abordagem centrada na melhoria do funcionamento de alguns domínios na/da vida das famílias.

3.1- Abordagem Centrada na Família em Intervenção Precoce: Clarificação e Definição do Conceito

Segundo Dunst (2000b), embora o uso do conceito *centrado na família* remonte, historicamente, às décadas de 1950 e de 1960, foi apenas há uma década que começaram a ser articulados os aspectos operacionais das práticas centradas na família. Esta expressão foi originalmente usada para referir, simplesmente, a práticas de intervenção que privilegiavam a família, em vez do indivíduo, enquanto foco de intervenção. Actualmente, é utilizada por diferentes autores e por diferentes disciplinas para significar vários tipos de abordagem no apoio às famílias (Bailey et al., 1986; Dunst, 1985, 1996; Dunst, Trivette, & Deal, 1988, 1994; Dunst et al., 2007; J. J. Gallagher, 1990; Simeonson & Bailey, 1990).

Segundo Bailey, Buysse, Edmondson, e Smith (1992), embora os diferentes autores utilizem terminologias que diferem entre si, quando querem referir-se à abordagem centrada na Família (como por exemplo nas expressões: práticas centradas na família, práticas centradas nos cuidados, práticas centradas nos serviços, práticas de ajuda centradas na família, entre outras), incorporam premissas fundamentais que são comuns a esta abordagem, designadamente:

- As crianças e as famílias estão estritamente interligadas. Intencionalmente ou não, a intervenção junto das crianças tem, quase invariavelmente, um impacto nas famílias, da mesma forma que a intervenção e o apoio junto das famílias influencia as crianças.

- Uma intervenção que envolva e apoie as famílias é, provavelmente, mais poderosa do que aquela que se centra exclusivamente na criança.

- Os membros da família devem ser capazes de escolher o seu nível de envolvimento no planeamento do programa, nos processos de decisão, e na implementação dos serviços/apoios.

- Os profissionais devem ter em consideração os objectivos e os serviços prioritários para as famílias, mesmo quando essas prioridades diferem substancialmente das prioridades dos profissionais.

A família constitui o elemento comum e central da abordagem centrada na família sendo perspectivada como parte de uma rede de sistemas sociais inter-relacionados que inclui os membros afastados da família, os amigos, os vizinhos, etc. Estes sistemas sociais fazem parte de outros sistemas mais amplos, que podem incluir organizações tais como a escola, os programas de IP, etc., que, por sua vez, existem dentro de um ainda mais lato contexto político, cultural e económico (Beckman, 1996a).

Este novo enquadramento ecológico define o conceito de família enquanto unidade dinâmica e interactiva de «dois ou mais indivíduos que se consideram a si mesmos como tendo laços familiares, e que assumem obrigações, funções e responsabilidades geralmente essenciais para uma vida familiar saudável» (Baker, 1991, citado por Allen e Petr, 1996, p. 80).

De acordo com esta perspectiva ecológica e sistémica do conceito de família, foram elaborados vários modelos de funcionamento familiar, entre os quais salientamos o modelo proposto por Turnbull, Summers, e Brotherson (1983), que nos apresenta uma estrutura conceptual do sistema familiar aplicado às famílias de crianças com necessidades especiais (NE), e o modelo do stresse familiar, modelo ABC-X Duplo, desenvolvido por Hill (1949) e, posteriormente, adaptado. Estes modelos objectivavam a análise do impacto e da variabilidade de respostas familiares à presença de uma criança com necessidades especiais no seio da sua família (Beckman et al., 1994).

O conhecimento e, compreensão, por parte dos profissionais, da complexidade destes modelos, bem como a influência que exercem na família, são fundamentais para a concepção e implementação dos programas de IP, já que permitem compreender e respeitar o estilo de funcionamento de cada família, designadamente a sua forma de comunicar, de resolver problemas, de facilitar o crescimento e o desenvolvimento da criança, e de se relacionar com a comunidade (Gilkerson & Stott, 2000).

As práticas de IP deverão, assim, procurar o equilíbrio relativamente aos objectivos e métodos mais adequados aos estilos de funcionamento de cada família, uma vez que segundo Dunst, Trivette, e Mott (1994), não existem estilos de funcionamento certos ou errados, existem, simplesmente estilos de funcionamento distintos, que caracterizam as forças das famílias, e que resultam da combinação de três componentes: as crenças e os valores da família, os padrões de interacção familiar, e as competências da família (ver figura 9).

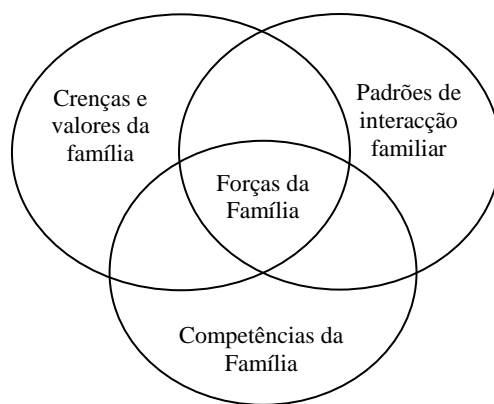


Figura 9. Modelo de conceptualização das componentes chave do estilo de funcionamento familiar (Dunst, Trivette, & Mott, 1994)

Assim, segundo Beckman et al. (1994), os programas de IP devem ser cuidadosamente planeados e implementados, tendo em conta que:

- a complexidade de cada família, nomeadamente o modo como esta poderá ser afectada pelas diferentes decisões;
- a necessidade de utilizar estratégias de intervenção flexíveis que conciliem a diversidade de crenças, de valores e de estilos de funcionamento da família;
- as famílias são unidades dinâmicas que se alteram ao longo do tempo, no que se refere à sua composição, às suas competências, às suas preocupações e prioridades.

De modo a compreender cabalmente a abordagem centrada na família, Allen e Petr (1996) conduziram uma revisão da literatura acerca da definição desta abordagem, tendo

em atenção as perspectivas de um conjunto de autores de diferentes áreas de investigação. Desta revisão, resultou um conjunto de características, consideradas nucleares pela literatura consultada, que passaremos a descrever.

a) Foco de Atenção

A família, não só a criança, é encarada como foco de intervenção. Reconhece-se o facto de o sistema familiar ser formado por membros interdependentes, e que, pelo fortalecimento e apoio da unidade familiar e não apenas da criança, as probabilidades de se obter um impacto positivo e significativo sobre TODOS os membros da família são consideravelmente aumentadas (R. I. Allen & Petr, 1996; Dunst, Trivette, & Deal, 1994; Dunst, Trivette, & LaPointe, 1994; Dunst, Trivette, & Thompson, 1994; P. J. McWilliam, 2003c; R. A. McWilliam, 1996a).

b) Colaboração Família/Profissional

De acordo com Rappaport (1981), a capacidade para promover a capacitação e a corresponsabilização das famílias, de uma maneira que as torne mais competentes e capazes, «exige o abandono do modelo tradicional de papéis desempenhados pelos profissionais e pelos membros da comunidade nas suas relações recíprocas» (p. 19). As parcerias são valorizadas, em detrimento das abordagens paternalistas, porque as primeiras implicam e transmitem a convicção de que os parceiros são indivíduos capazes, que se tornam ainda mais capazes ao partilharem conhecimento, competências e recursos, de tal modo que todos os participantes saiam beneficiados da relação de colaboração (R. I. Allen & Petr, 1996; Bailey et al., 1992; Bruder, 1996; Corwell & Korteland, 1997; Dunst, Trivette, & Johanson, 1994; R. J. Gallagher, LaMontagne, & Johnson, 1998; M. D. Klein, Cook, & Richardson-Gibbs, 2001; P. J. McWilliam, 1996; Roberts, Rule, & Innocenti, 1998; Summers, Hoffman, Marquis, Turnbull, & Poston, 2005; A. P. Turnbull, Blue-Banning, Turbiville, & Park, 1999; A. P. Turnbull et al., 2000; Winton, 1996).

c) Escolhas Familiares

A família deve, sempre que possível, ser o primeiro e último responsável pelas decisões tomadas no processo de prestação de cuidados (R. I. Allen & Petr, 1996; Bailey et al., 1992; Dunst, 2000b; Dunst, Trivette, & Deal, 1994; R. A. McWilliam, 1996a).

d) Competências das Famílias

A família deve ser apoiada no reconhecimento e uso das suas competências, na localização e utilização dos recursos e serviços de que necessita (Dunst, Trivette, & Mott, 1994; P. J. McWilliam, 2003a; Trivette & Dunst, 2000; Trivette, Dunst, Deal, Hamby, & Sexton, 1994).

e) Necessidades das Famílias

A colocação do enfoque nas necessidades e nas aspirações identificadas pelas famílias, como o alvo primário da intervenção, e não nas necessidades e aspirações identificadas pelos profissionais, reconhece o papel legítimo da família no processo de decisão acerca do que é mais importante e do melhor interesse da unidade familiar e dos seus membros (Bailey & Powell, 2005; Carmo, 2004; Coutinho, 1996; Craveirinha, 2002; Dunst, 1998a; Dunst & Deal, 1994; Dunst, Trivette, & Deal, 1988; Gomes & Geraldés, 2005; P. J. McWilliam, 2003c; Morgado & Beja, 2000; Narciso, 2003; Serrano, 2003b; Simeonsson, 1996; Winton, 1996).

f) Serviços Individualizados

Os processos e os resultados da avaliação, da definição dos objectivos, do planeamento, e da implementação da intervenção devem ir ao encontro das necessidades das famílias, desenvolvendo estratégias que lhes permitam enfrentar a situação, recorrendo aos recursos formais e informais de cada família, em vez de esperar que todas as famílias se adaptem a uma fórmula única de prestação de ajuda por parte dos serviços. Como descreve McGonigel et al. (1991), os serviços devem ser «talhados à medida» individual de cada família (p. 11).

O conceito de serviços individualizados diz respeito ao carácter único da estrutura e da cultura individual de cada família, salvaguardando igualmente que as diferenças raciais e étnicas entre as famílias devem ser reconhecidas e consideradas, à medida que os apoios são implementados (R. I. Allen & Petr, 1996; Barrera & Corso, 2002; Barrera, Corso, & Macpherson, 2004; Deal et al., 1994; Dunst & Deal, 1994; Dunst, Trivette, & Deal, 1994; Hanson & Lynch, 2004; Lynch & Hanson, 2004; P. J. McWilliam, 2003b; R. A. McWilliam, 1996b; Simeonsson & Bailey, 1990; Trivette & Dunst, 2000).

g) Processos de Partilha de Informação Sensível com as Famílias

A informação deve ser partilhada com a família, tendo em conta a sua utilidade, qualidade e quantidade, de uma forma contínua, e numa variedade de formatos (R. I. Allen & Petr, 1996). Nesta perspectiva, a família mantém, normalmente, o controlo sobre qual a informação que é partilhada, com quem é partilhada, e de que forma é partilhada, considerando-se que a confidencialidade da informação fornecida pela família é um aspecto crucial (P. J. McWilliam, 2003a, 2003d).

h) Normalização

Subsumido nos conceitos de competências e de corresponsabilização encontra-se a perspectiva da normalização – por um lado, o reconhecimento de que os receptores de serviços podem beneficiar de interações mais normalizadoras, a que têm direito, no interior da comunidade, tal como outras famílias com interesses similares e, por outro lado, a estruturação dos serviços e a sua implementação devem acontecer de modo a que o estilo de vida da família seja o menos alterado possível (R. I. Allen & Petr, 1996; McGonigel et al., 1991). A perspectiva normalizadora define que as intervenções apoiam o funcionamento dos membros da família, nos papéis e contextos normalmente assumidos e vividos por estes (Dunst, 2001b; Dunst & Trivette, 2001a; Dunst et al., 1997; Odom, 2002; Serrano & Correia, 2003a; Trivette et al., 1997).

i) Prestação Flexível, Acessível e Abrangente de Serviços³

A característica final do enfoque nas famílias relaciona-se com a estrutura no interior da qual os serviços são prestados. Os aspectos dominantes desta estrutura são: 1) acessibilidade máxima; 2) flexibilização e adaptação dos serviços em tantas áreas quantas forem possíveis; 3) prestação de serviços e financiamento não categóricos; 4) alargamento do âmbito da prestação de serviços; 5) coordenação do sistema de prestação de serviços; e 6) incorporação e expansão de uma grande variedade de apoios e recursos baseados na

³ Devido à dificuldade encontrada na tradução da expressão “*User Friendly Delivery*” optou-se por utilizar uma expressão que retratasse o seu sentido.

comunidade, incluindo tanto redes informais, como serviços formais (R. I. Allen & Petr, 1996; Bruder, 2005; Bruder et al., 2005; R. J. Illback, Kalafat, & Sanders, 1997; Knitzer, 1997; Noblit & Cobb, 1997).

A clarificação destas características nucleares, e as suas implicações para a prática, permitiu a Allen e Petr (1996) criar a seguinte definição da Abordagem Centrada na família:

...reconhece a importância fulcral da família na vida da criança.
Orienta-se por um conjunto de escolhas devidamente informadas,
efectuadas pela família, e foca-se nos seus pontos fortes. (p. 68)

Segundo Allen e Petr (1996), apesar da dificuldade em definir as características específicas da abordagem centrada na família, existem dois aspectos que lhes são atribuídos de forma consistente: a **escolha** da família e a perspectiva que parte dos **pontos fortes** da família.

A escolha pode exprimir-se de formas variadas, mas tem como aspecto central o conceito de que a decisão final, no que se refere à criança ou à família, cabe exclusivamente a esta última. O papel do profissional no processo de decisão deverá ser o de facilitador da participação activa da família na promoção da sua ou das suas decisões (Dunst, 2000b).

Neste aspecto, deve reconhecer-se que as decisões tomadas pela família podem variar de oportunidade para oportunidade, e que podem depender da percepção que a família tem, não só dos seus recursos, preocupações e prioridades, mas também das percepções daqueles que a rodeiam (A. P. Turnbull et al., 2000).

A abordagem centrada na família inclui a crença de que cada família tem as suas competências, que surgem das capacidades, dos talentos, das possibilidades, dos pontos de vista, dos valores e expectativas da família. Uma das responsabilidades do profissional é a de facilitar a disponibilização de meios através dos quais esses pontos fortes possam ser reconhecidos e utilizados.

3.2- Princípios e Práticas da Abordagem Centrada na Família

Uma abordagem centrada na família consiste não só de princípios centrados na família, como também de práticas (Dunst, 1997, 2005b). Os princípios são afirmações de crenças e de valores acerca da forma como os apoios e os recursos devem ser prestados às famílias, enquanto que as práticas são formas particulares de comportamento derivadas dos princípios.

Shelton e Stepanek (1994), citados por Dunst (1997), articularam oito princípios da abordagem centrada na família, nomeadamente:

1- Incluir, nas políticas e nas práticas de IP, o reconhecimento de que a família é a constante na vida de uma criança, enquanto que os sistemas de serviços e os profissionais de prestação de ajuda desses sistemas sofrem alterações.

2- Facilitar a colaboração família-profissional, a todos os níveis, nos cuidados a prestar nos hospitais, em casa e na comunidade:

- cuidados a prestar à criança individualmente;
- desenvolvimento, implementação, avaliação e evolução do programa;
- formação nas políticas de prestação de cuidados.

3- Troca completa e não distorcida da informação entre as famílias e os profissionais, de uma forma que promova o apoio mútuo, em todas as ocasiões.

4- Incluir nas políticas e nas práticas o reconhecimento e o respeito pela diversidade cultural, pelos pontos fortes e pela individualidade que distingue as famílias, e que também existe no seio de cada família, incluindo a diversidade étnica, racial, espiritual, social, económica, educacional e geográfica.

5- Reconhecer e respeitar as diferentes formas de lidar com os problemas [coping], e implementação de políticas e de programas compreensivos que criem apoios desenvolvimentais, educacionais, emocionais, ambientais e financeiros, que possam satisfazer as diferentes necessidades das famílias.

6- Encorajar e facilitar o apoio família-a-família e a criação de redes de apoio.

7- Assegurar que os sistemas de serviços e apoios hospitalares, familiares e comunitários, destinados às crianças e às suas famílias, que precisam de cuidados especializados de saúde e de desenvolvimento, sejam flexíveis, acessíveis e abrangentes, nas respostas que oferecem às necessidades identificadas de cada família.

8- Encarar as famílias enquanto famílias e as crianças enquanto crianças, reconhecendo que estas possuem um vasto leque de pontos fortes, de preocupações, de emoções e de aspirações, que se situam para lá da sua necessidade de serviços e apoios especializados para o seu filho/a.

Os princípios reflectem uma perspectiva social e familiar sistémica, com ênfase nos factores intrafamiliares (e.g., pontos fortes da relação criança-família, estilos de resolução de problemas [coping], valores e crenças culturais e étnicos), e nos factores extrafamiliares (e.g., apoios informais, formais, comunitários e inter-famílias), que afectam o comportamento e o desenvolvimento da díade criança/família. Realçam, igualmente, a importância da colaboração e do processo da intervenção (Dunst, 1997).

Como foi mencionado anteriormente, a abordagem centrada na família consiste igualmente de práticas, que derivam dos princípios, mas que são comportamentalmente e funcionalmente mais explícitas, pois permitem-nos avaliar se as relações entre a família e o profissional são ou não centradas na família.

Dunst (1997) apresenta-nos uma lista das práticas fundamentais que reflectem a abordagem centrada na família, nomeadamente:

* As famílias e os membros das famílias são, em todas as circunstâncias, tratados com dignidade e com respeito.

* Os profissionais são sensíveis e responsivos à diversidade cultural, étnica e sócio-económica das famílias.

* As escolhas familiares e os seus processos de tomada de decisão ocorrem em todos os níveis do envolvimento da família no processo de intervenção.

* A informação, necessária às famílias para poderem fazer escolhas adequadas, é partilhada de uma maneira completa e não distorcida.

* O foco das práticas de intervenção assenta nos desejos, nas prioridades e nas necessidades identificadas da família.

* Os apoios, os recursos e os serviços são oferecidos de um modo flexível, responsivo e individualizado.

* Utiliza-se um grande leque de apoios e recursos formais, informais e comunitários, para se conseguir atingir os objectivos identificados para as famílias.

* Os pontos fortes e as capacidades das famílias e dos seus membros individuais são utilizados enquanto recursos, com a finalidade de satisfazer as necessidades identificadas pela família, e enquanto competências para localizar recursos exteriores à família.

*As relações profissional-família caracterizam-se por parcerias e por uma atitude de colaboração, com base na confiança e no respeito mútuos.

*Os profissionais empregam estilos de prestação de ajuda que promovem a melhoria das competências e da corresponsabilização das famílias, que estimulam um funcionamento mais eficaz do sistema familiar, e que têm influência no fortalecimento das famílias.

A investigação actual corrobora a indicação de que as práticas consonantes com modelos decorrentes do novo paradigma produzem mais benefícios do que as práticas tradicionais (Dunst, 1997, 2000a, 2001a, 2001b; Dunst, Brookfield, & Epstein, 1998; Dunst, Bruder et al., 2001; Dunst, Johnson, Trivette, & Hamby, 1991; Dunst & Trivette, 2001a, 2001b; Dunst, Trivette, Boyd, & Brookfield, 1994; Dunst, Trivette, & Deal, 1988, 1994; Dunst et al., 2006, 2007; Dunst, Trivette, & LaPointe, 1994; Romer & Umbreit, 1998; Trivette et al., 1996a, 1996b)

O quadro 5 procura clarificar as diferenças existentes entre os paradigmas tradicionais e os paradigmas actuais, através da apresentação de um conjunto de abordagens utilizadas no apoio às famílias (Dunst, 2000b).

Quadro 5.

Diferentes Abordagens na Conceptualização e na Prática de Trabalho com as Famílias (Dunst, 2000b).

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

A compreensão destas diferentes abordagens permite-nos distinguir, de forma clara, a abordagem centrada na família de outro tipo de intervenções orientadas para a família, nomeadamente:

a) *Modelos Centrados no Profissional*. Definem os profissionais como peritos que determinam, isoladamente, as necessidades da criança e da sua família;

b) *Modelos Aliados à Família*. Segundo este modelo, as famílias são encaradas enquanto clientes dos profissionais, sendo apenas envolvidas para implementar as

intervenções que os profissionais consideram ser importantes e necessárias para um funcionamento adequado dos sistemas da criança e da família;

c) *Modelos Focados na Família*. Encaram as famílias enquanto utentes dos serviços dos profissionais, e ajudam as famílias a escolherem de entre as opções que os profissionais consideram necessárias para melhor satisfazer as necessidades da criança e da família;

d) *Modelos Centrados na Família*. Encaram os profissionais como parceiros das famílias, na obtenção de recursos, de apoios e de serviços individualizados, responsivos e flexíveis.

Neste último modelo, os profissionais: a) tratam as famílias com dignidade e respeito; b) providenciam informações necessárias para que as famílias possam tomar decisões e realizar escolhas; c) criam oportunidades que reforcem a aquisição de novas competências e o funcionamento das famílias; e d) prestam apoios que sejam culturalmente sensíveis e socialmente relevantes (Dunst, 1996). Ou seja, conduzem os apoios/serviços sob formas consistentes com os princípios e com as práticas centradas na família, anteriormente referidas.

Os quatro modelos consideram a família como foco de intervenção e, em variados graus, usam as estruturas dos sistemas familiares para conceptualizarem e para conduzirem as intervenções. Os modelos diferem, porém, nas assunções acerca das competências das famílias, e dos papéis a serem desempenhados pelas famílias, no processo de intervenção, nas decisões acerca do foco das práticas de intervenção, e nos tipos de apoios e de recursos utilizados para influenciar o funcionamento da criança, dos pais e da família.

A abordagem centrada na família apresenta, igualmente, semelhanças e diferenças com a terapia familiar, nomeadamente:

- a terapia familiar tende a encarar os problemas como uma patologia. Em contraste, a abordagem centrada na família é próactiva e corresponsabilizadora (Dunst, 1997);

- na terapia familiar, o foco primário da intervenção é a alteração da natureza das relações entre os membros da família; contrariamente, a abordagem centrada na família responde, tanto às necessidades individuais, como às necessidades colectivas dos membros da família, para além daquelas que estão relacionadas com os padrões de interacção (Dunst, 1997; Dunst, Trivette, & Deal, 1988, 1994).

- na terapia familiar, o profissional assume a responsabilidade primária na definição dos problemas com que a família se depara e respectivas soluções, enquanto que, numa abordagem centrada na família, a família é encarada como possuindo capacidades, incluindo a capacidade de decidir qual deve ser o foco do processo de intervenção, bem como as estratégias e metodologias a utilizar (Dunst, 1997).

Embora avanços recentes no campo da terapia familiar tivessem permitido novas conceptualizações no apoio às famílias, *terapia ecológica centrada na família*, o enfoque recai, ainda assim, no funcionamento inadequado do alvo de intervenção (Dunst, 1997).

Segundo Dunst (1997), alguns estudos confirmam a hipótese de que os programas que usam diferentes modelos orientados para a família estão associados a diferenças nas práticas de prestação de apoio usadas pelos profissionais nestes programas.

Os dados obtidos nestes estudos indicaram que as famílias avaliaram as práticas implementadas pelos profissionais, nestes programas, como sendo mais efectivas e corresponsabilizadoras, quando os profissionais pertenciam a programas que se localizavam nas proximidades do contínuo paradigmático do modelo centrado na família (Dunst, 1997, 2002; Dunst et al., 1998; Dunst, Trivette, Boyd et al., 1994; Dunst et al., 1997; Judge, 1997; Mahoney, O’Sullivan, & Dennebaum, 1990; S. L. McBride et al., 1993; R. A. McWilliam et al., 1995; L. Thompson et al., 1997; Trivette et al., 1997; Trivette et al., 1996a, 1996b).

Consequentemente, enquanto que os quatro modelos são semelhantes na ênfase que colocam na família, diferem consideravelmente no modo como o apoio é prestado.

3.3- Apoio Eficaz e Promotor de Corresponsabilização: Repensar o Papel dos Profissionais em Intervenção Precoce

De acordo com Rappaport (1981), a capacidade para promover a capacitação e a corresponsabilização das famílias exige o abandono tradicional de papéis desempenhados pelos profissionais que, na maioria das vezes, continuam a considerar-se especialistas e detentores das escolhas, alienando a família de todo o processo de apoio em IP.

A mudança para uma abordagem centrada na família tem assim implicações significativas nos contextos das práticas e da sua aplicabilidade, exigindo que os profissionais assumam novos papéis e que aprendam novas competências no trabalho com as famílias, que se traduzem e operacionalizam nos primeiros contactos com a família, na avaliação, no processo de decisão, na relação família/profissional, e na forma de organização, prestação e coordenação dos apoios e dos serviços existentes (Beckman, 1996a, 1996b; S. Sandall et al., 2000; Winton, McCollum, & Catlett, 1997).

Dunst, Trivette, Davis, e Cornwell (1994) consideram que o apoio prestado pelo profissional, promotor de corresponsabilização, depende das atitudes e crenças dos profissionais, anteriores à prestação de apoio às famílias; dos comportamentos dos profissionais, retratados nos estilos de interacção utilizados durante o processo de apoio; e das respostas e consequências do apoio prestado às famílias, como pode ser constatado no quadro 6.

Quadro 6.

Atitudes, Crenças e Comportamentos Promotores de Corresponsabilização (Dunst, Trivette, Davis et al., 1994)

Atitudes e Crenças	Comportamentos	Respostas / Consequências
*Manter atitudes positivas (respeito, sensibilidade, honestidade, empatia...)	* Utiliza a escuta activa e reflexiva	*Aceitar e reforçar as decisões da família
* Enfatizar a responsabilidade da família na resposta às suas necessidades e resolução de problemas	* Ajuda na clarificação das necessidades e das prioridades da família	* Minimizar o sentido de dívida da família em relação ao apoio prestado
* Manter atitudes proactivas e de capacitação (ênfase e reforço das competências)	Utiliza o apoio normativo como resposta às necessidades e às prioridades da família.	* Permitir a reciprocidade na relação de apoio * Minimizar os custos de resposta em relação aos benefícios.
*Promover a corresponsabilização	* Estabelece relações de parceria com a família. *Dá poder de decisão à família.	* Reforçar a auto-estima da família, através do seu envolvimento activo * Respeitar as decisões da família em todos os momentos do processo de apoio.

A implementação da abordagem centrada na família incute novas responsabilidades e integra os múltiplos saberes dos diferentes elementos envolvidos em todo o processo, criando um sentido de pertença e de identidade, que é operacionalizado através das relações de parceria⁴ entre as famílias e os profissionais.

O conceito de parceria família/profissional, embora não seja um conceito partilhado universalmente, ou claramente definido na prática ou na literatura, é citado por vários autores, que o utilizam e o descrevem como um processo de partilha e de compromisso entre a família e um ou mais profissionais, o que envolve um conjunto de características e competências que facilitam o desenvolvimento e a aquisição de objectivos comuns (Bailey et al., 1992; Beckman, Frank, & Newcomb, 1996; Beckman, Newcomb, Frank, & Brown, 1996; Beverly & Thomas, 1999; Blue-Banning, Summers, Frankland, Nelson, & Beegle, 2004; Bruder, 1994, 1996, 2000; Correia, 1997, 2003; Corwell & Korteland, 1997; Dunst, Trivette, & Johanson, 1994; Dunst, Trivette, & Snyder, 2000; R. J. Gallagher et al., 1998; Johnson & Noga, 1998; Johnson, Ruiz, LaMontagne, & George, 1998; Kasahara & Turnbull, 2005; M. D. Klein et al., 2001; R. A. McWilliam, Tocci, & Harbin, 1998; Pugach & Johnson, 1995; Roberts et al., 1998; Serrano & Correia, 2003b; Stonestreet, Johnson, & Acton, 1991; Trivette & Dunst, 2000; A. P. Turnbull et al., 2000).

Na abordagem centrada na família, as parcerias reflectem, igualmente, mudanças efectivas nas relações de poder entre profissionais e famílias, nomeadamente na definição do receptor de apoio/serviços, na compreensão de como o receptor de apoio/serviços deve ser atendido, e na clarificação do papel dos profissionais na prestação do apoio (Roberts et al., 1998). Os profissionais respeitam as competências da família, escutam as suas perspectivas, partilham informações, e colaboram na resolução de problemas, tendo em conta os conhecimentos e recursos inerentes ao sistema familiar e à ecologia comunitária.

As mudanças efectivas necessárias à implementação da abordagem centrada na família são amplas e, na sua maioria, dificultadas pela falta de formação dos profissionais ao nível do enquadramento dos serviços/apoios no âmbito do sistema familiar. Estas mudanças perspectivam novos desafios que impõem aos profissionais uma exigência de continuamente adequar e qualificar as suas práticas, adquirindo e reaprendendo novos valores, conhecimentos e competências, abandonando o papel de perito e de decisor no processo de apoio, papel este construído, na maioria das vezes, aquando da sua formação

⁴ O termo parceria é utilizado como sinónimo do termo colaboração.

inicial. Esta mudança do papel do profissional é possível, apenas, mediante uma formação adequada, que deve iniciar-se aquando da formação inicial (“*preservice*”) e continuar durante o seu percurso profissional (*inservice*”) na IP (Bailey, 1996; Bruder, 1996; Corwell & Korteland, 1997; Dinnebeil, Hale, & Rule, 1996; Dinnebeil & Rule, 1994; Dunst, 2009; P. Gallagher, Malone, Cleghorne, & Helms, 1997; P. J. McWilliam, 1996; R. A. McWilliam, 1996a, 1996b; Pretis, 2006; Winton, 1996).

O reequacionamento do papel do profissional é realizado através de cursos de especialização, que permitem o aprofundamento de conhecimentos e de metodologias numa determinada área profissional, objectivando a aquisição de saberes e de competências profissionais, bem como o desenvolvimento de atitudes adequadas ao seu desempenho profissional (Formosinho, 2000). Outra forma de reequacionar o papel dos profissionais, na abordagem centrada na família em IP, é a formação em serviço, a qual, na maioria das vezes, é promovida no contexto da equipa dos profissionais, resultando, assim, numa simbiose entre conhecimentos e competências, culturas, tradições, e as diferentes necessidades resultantes das situações de apoio no terreno. Esta formação deverá desenvolver-se a partir da análise e da reflexão sobre as situações reais de apoio na IP, de forma a permitir a construção e a reconstrução reflexiva das práticas dos profissionais, maximizando e promovendo o seu crescimento pessoal e profissional na IP.

Na literatura são frequentes menções à necessidade de estruturar e de reestruturar os programas de formação em intervenção precoce, para que estes possam conceptualizar e operacionalizar o papel do profissional, disponibilizando-lhe conhecimentos, experiências e competências, necessários à prestação de serviços de qualidade pois, não obstante muitos profissionais estarem já familiarizados com as práticas centradas na família, reconhecem, no entanto, faltar-lhes competências adequadas para a sua implementação (Bailey, 1996; Bailey et al., 1992; Bailey, Palsha, & Huntington, 1990; Bailey et al., 1991; Beckman, 1996b; Boavida & Carvalho, 2003; Bruder, 2000; Bruder & Dunst, 2005; Bruder, Lippman, & Bologna, 1994; Campbell & Halbert, 2002; Carvalho, 2004; Corwell & Korteland, 1997; Coutinho, 1999; Crais, 1997; Crais et al., 2004; Dias, 2007; Dunst, 1998a, 1998b; Dunst, Trivette, Davis et al., 1994; Epps & Jackson, 2000; Espe-Sherwindt, 2008; M. A. B. Figueiredo, 2002; Harbin, McWilliam, & Gallagher, 2000; N. K. Klein & Gilkerson, 2000; Krauss, 1997; Mahoney & Bella, 1998; Mahoney & Filler, 1996; Mahoney et al., 1990; McCollum, 2000; McCollum & Hemmeter, 1997; P. J. McWilliam, 2003c; P.J. McWilliam, Winton, & Crais, 2003; R. A. McWilliam, Snyder, Harbin, Porter,

& Munn, 2000; Pereira, 2003; Pimentel, 2003; Roberts & Wasik, 1990; Seligman & Darling, 1997; Shonkoff & Meisels, 1990; Stayton & Bruder, 1999; Stayton et al., 2003; Thorp & McCollum, 1994; Trivette, 1998; A. P. Turnbull et al., 2000; Viana, 2005; Winton, 2000; Winton & McCollum, 1997; Winton et al., 1997).

A falta de competências dos profissionais para implementarem as práticas centradas na família deve-se, em parte, à complexidade dos processos e dos contextos no apoio às famílias em IP. Esta complexidade é igualmente traduzida nas exigências profissionais e pessoais, que são diariamente colocadas ao profissional, para que preste um apoio competente e qualificado. Estas exigências contemplam conhecimentos, capacidades e experiências na análise das situações, na utilização de abordagens alternativas, de metodologias e de técnicas mais adequadas, na avaliação dos resultados, na justificação das suas opções, bem como na utilização de competências relacionadas com a comunicação, com a advocacia, com a resolução de problemas, com a reflexão e com a criatividade, entre outras (Gallacher, 1997; S. L. McBride & Brotherson, 1997; Stayton, 2003; Winton & McCollum, 1997).

As entidades formadoras deverão, assim, enquadrar a mudança de papéis dos profissionais na IP, desenvolvendo e implementando novos modelos de formação, que contemplem as categorias das práticas recomendadas pela DEC relativamente à formação dos profissionais em IP, designadamente: a) As famílias são envolvidas nas actividades de aprendizagem; b) As actividades de aprendizagem são interdisciplinares e inter-serviços; c) As actividades de aprendizagem são desenhadas sistemática e sequencialmente; d) As actividades de aprendizagem incluem o estudo da diversidade cultural e linguística; e) As experiências em contexto são desenhadas de forma sistemática e supervisionadas; f) Os formadores são qualificados e estão preparados para desempenhar o seu papel na formação; e g) As actividades de desenvolvimento profissional são desenhadas e implementadas sistematicamente (Stayton et al., 2003).

Segundo Bailey (1996), a reestruturação dos programas de formação em IP deve ser consistente com a investigação desenvolvida ao nível dos princípios e práticas preconizados na abordagem centrada na família, traduzindo-se na construção de uma base filosófica de valores na formação; na promoção de experiências de formação interdisciplinares; no desenvolvimento de modelos que reforcem e articulem os princípios subjacentes às práticas centradas na família, de forma a criar uma consistência interna nos

conteúdos ministrados e nas experiências providenciadas; e no desenvolvimento de aptidões de resolução de problemas, através de estudos de caso.

A consistência referida por Bailey (1996) é operacionalizada, de forma clara, na proposta elaborada no projecto de criação de um Passaporte Europeu, na área da formação dos profissionais em IP, que objectiva a qualidade da formação ao nível dos países europeus, salvaguardando a formação existente e a identidade de cada um dos países envolvidos (Pretis, 2006).

As propostas dos diferentes autores e investigadores acerca da formação dos profissionais devem alertar-nos para que, por vezes, a formação em IP é tipicamente realizada através de conferências, de cursos de pequena duração e de outro tipo de realizações, baseadas em acções pontuais, que não consideram as reais necessidades dos profissionais e que não incluem a sua participação activa e reflexiva na mudança, na construção e na reconstrução das práticas, o que torna questionável a eficácia desta realizações (Gallacher, 1997).

A formação deverá tornar-se, assim, num processo permanente e constante, que se inicia aquando da formação inicial ou de base, e se perpetua ao longo do ciclo de vida dos profissionais em IP, utilizando estratégias descritas na literatura (*Coaching*, *Skilled Dialogue*, entre outras) como edificantes, que aperfeiçoam as capacidades e as competências do profissional, prestando-lhe apoio continuado de forma a facilitar e a encorajar o seu crescimento e o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Na análise das estratégias referidas anteriormente, apenas procederemos a uma descrição sucinta das mesmas, remetendo o leitor para um conjunto de referências bibliográficas que descrevem, de forma clara e pormenorizada, estas estratégias, salientando alguma investigação realizada, bem como alguns dos resultados obtidos com a sua implementação. Assim, o *Coaching* é definido como estratégia de desenvolvimento pessoal e profissional que promove as parcerias, quer com as famílias, quer com outros profissionais, através da edificação de relações, da resolução de problemas específicos, da reflexão, da aprendizagem de novas competências, e do aperfeiçoamento de competências já existentes, objectivando a maximização das competências e o domínio das capacidades desejadas pelo profissional, pela criança e pela sua família (Gallacher, 1997; Hanft, Rush, & Shelden, 2004; Rush & Shelden, 2005). O *Skilled Dialogue* é definido como uma abordagem de desenvolvimento de competências culturais, através da definição de

estratégias efectivas de apoio às famílias de realidades culturais e linguísticas distintas (Barrera & Corso, 2002; Barrera et al., 2004).

Na análise do processo de formação em IP, gostaríamos de salientar a importância da supervisão, como elemento essencial e central no desenvolvimento e na formação dos profissionais de IP (Bruder & Dunst, 2005; Clifford, Macy, Albi, Bricker, & Rahn, 2005; Gallacher, 1997; Gilkerson, 2004; Parlakian, 2002; Strain & Joseph, 2004). O conceito de supervisão, aqui descrito de forma adstrita aos profissionais da IP, tem sido utilizado como contexto de desenvolvimento profissional enquadrado nas tendências actuais da formação de professores e educadores, por variadíssimos autores, entre os quais saliento apenas os contributos de alguns investigadores portugueses, por nós consultados (Alarcão & Roldão, 2008; Brito, 2005; Formosinho, 1996; Oliveira-Formosinho, 1998, 2002).

A supervisão deve constituir-se como um processo contínuo de actualização e de aperfeiçoamento, proporcionando momentos intensos de socialização, de reflexão, de partilha e de articulação de saberes e experiências, marcando, assim, de forma indelével, a construção de uma identidade profissional em IP.

Embora a literatura refira vários modelos de supervisão (Gallacher, 1997; N. K. Klein & Gilkerson, 2000), K. Klein e Gilkerson (2000) referem que a supervisão, acima de tudo, deve constituir como um lugar seguro, onde se partilha e se reflecte acerca do que de melhor e de pior se faz e se sente, reflectindo na acção, sobre a acção e para a acção.

A supervisão em IP deve, desta forma, enquadrar-se como um processo de desenvolvimento profissional que se focalize na reflexão acerca das práticas, na motivação para a utilização de novas abordagens, na exigência e na reconstrução da qualidade das práticas (Parlakian, 2002).

É, pois, necessário investir em diferentes modalidades de formação, que permitam promover e construir conhecimento, adquirir competências, adequar atitudes e qualificar o desempenho profissional, de forma a melhorar a qualidade dos serviços e apoios prestados às famílias em IP.

Os desafios colocados aos profissionais pela abordagem centrada na família são extensíveis, embora diferenciadamente, às famílias apoiadas pela IP. De facto, esta abordagem também constituiu, e constitui, um verdadeiro desafio para estas famílias, em virtude de continuamente serem relegadas pelos profissionais para o papel secundário de meros receptores dos seus conhecimentos (R. I. Allen & Petr, 1996; R. A. McWilliam, Ferguson et al., 1998; R. A. McWilliam et al., 1995; Seligman & Darling, 1997; A. P.

Turnbull et al., 2000). Deste modo, capacitar e corresponsabilizar a família exige que as interações entre aquele que procura apoio e aquele que presta apoio estejam imbuídas de determinadas características, nomeadamente:

1. O núcleo do processo de capacitação e de corresponsabilização das famílias é a *relação* estabelecida entre a pessoa que procura apoio e a pessoa que presta apoio (parceria).
2. Uma *comunicação* efectiva é a chave do processo. A principal forma de estabelecer parcerias com as famílias é utilizar a comunicação de tal modo que os membros individuais e a unidade familiar sejam tratados com dignidade, com respeito e com confiança.
3. A *honestidade* é a primeira e a mais importante exigência de uma comunicação efectiva e, conseqüentemente, de uma parceria.
4. A prestação de ajuda efectiva requer uma *compreensão* das preocupações e dos interesses das famílias.
5. A ênfase deve ser colocada nas *soluções*, e não nas causas das situações familiares.
6. A prestação de apoio eficaz orienta-se no sentido das preocupações para as necessidades e das necessidades para as acções, tão rapidamente quanto possível.
7. A *confidencialidade* tem de ser mantida e preservada, em todos os momentos (Dunst, Trivette, & Deal, 1994).

Segundo Dunst (1998b), o profissional de IP deverá, deste modo, enquadrar um conjunto de três dimensões que, de forma cumulativa e em articulação, optimizam e reforçam o funcionamento e o desenvolvimento da criança e da família apoiadas, designadamente: a) Qualidade técnica – Formação e experiência do profissional; b) Características e representações do profissional – Atitudes relacionais do profissional (exemplos: escuta activa, empatia, compreensão, interesse...) e crenças proactivas em relação à família; c) Envolvimento participativo – Práticas que incluem oportunidades de escolha e decisão.

A terceira dimensão proposta por Dunst (1998b), o envolvimento participativo, traduz-se e operacionaliza-se nas práticas centradas na família através de dois tipos de

componentes de apoio: relacional e participativo (Dunst, 1997, 1998a, 1998b, 1999, 2000b, 2002; Dunst et al., 2006, 2007; Dunst, Trivette et al., 2000; Pereira, 2003).

A **Componente relacional** inclui práticas associadas com: 1) práticas clínicas de qualidade (escuta activa, empatia, respeito, honestidade, interesse, confidencialidade, etc.); e com 2) crenças e atitudes dos profissionais (confiança do prestador de ajuda nas competências e nas capacidades da família).

A **Componente participativa** inclui práticas: 1) individualizadas, flexíveis e responsivas às preocupações e prioridades da família; 2) que proporcionam às famílias oportunidades de estarem activamente envolvidas nas escolhas e decisões, que promovam a colaboração família/profissional e que sejam geradoras de acções que permitam e apoiem a família na obtenção dos resultados desejados.

Segundo Dunst et al. (2007), existem muitos profissionais que utilizam adequadamente as práticas que estão englobadas na componente relacional, mas que não conseguem integrar as práticas da componente participativa. Em contraste, verificaram que os profissionais que utilizam adequadamente as práticas da componente participativa utilizam, igualmente, de forma adequada, as práticas da componente relacional.

Podemos, assim, reforçar, tendo em conta as práticas baseadas na investigação, que, embora as práticas relacionais sejam uma condição necessária para qualificar as relações entre família/profissional, não são suficientes para fortalecer a competência da família e para promover a sua aquisição de novas capacidades. Esta aquisição de novas capacidades só acontece quando a família participa activamente em todo o processo de apoio, realizando escolhas e tomando decisões, na tentativa de alcançar os resultados desejados (Dunst, 1997, 1998a, 1998b; Dunst et al., 1998; Dunst et al., 2006, 2007; Trivette, Dunst, Boyd, & Hamby, 1995; Trivette et al., 1996a, 1996b).

3.4- Linhas de Investigação e Evidências na Abordagem Centrada na Família em Intervenção Precoce

Tendo em conta a abordagem centrada na família, são já consideráveis os estudos de investigação que se focalizaram no *processo* pelo qual os programas de IP incorporam metodologias de avaliação, de planificação e de intervenção adequadas às diferentes famílias e crianças que apoiam. Em síntese, partindo do pressuposto básico de que o

processo, ou o modo, de envolver as famílias nos diferentes momentos da prestação do apoio/serviços, pode afectar o equilíbrio entre o risco e o benefício das opções em causa, estes estudos insistem na necessidade de validar a relação entre as características das práticas utilizadas e as respectivas consequências, tendo em conta o processo explicativo dessa relação (Dunst, Trivette, & Cutspec, 2002a, 2002b; Odom et al., 2005; Odom & Wolery, 2003; B. Thompson, Diamond, McWilliam, Snyder, & Snyder, 2005). A figura 10 clarifica a natureza dessa relação.

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

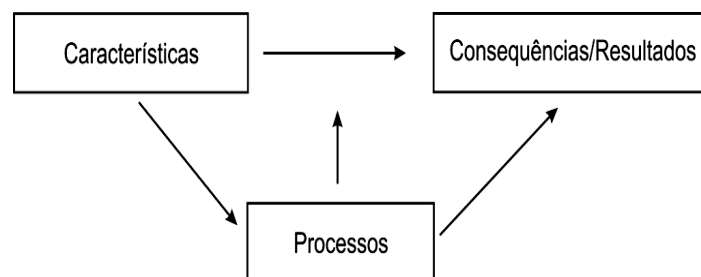


Figura 10. Moldura conceitual explicativa das práticas baseadas na evidência (Dunst et al., 2002a).

Ainda que haja um longo caminho a percorrer no sentido da produção de evidências científicas, por assim dizer, mais explícitas e criteriosas, que permitam, de certa forma, estabelecer protocolos de actuação e padronizar alguns processos, actualmente já existem inúmeras evidências acerca dos benefícios da abordagem centrada na família e, nomeadamente, sobre a forma como as intervenções implementadas com um enfoque na

família estão directamente relacionadas com a melhoria de funcionamento de alguns domínios na/da vida das famílias.

Assim, por exemplo, famílias que experienciaram apoios centrados na família referem-nos como influências positivas ao nível da corresponsabilização; do bem-estar dos pais e da família; da eficácia na identificação e na obtenção de apoios e de recursos desejados; da coesão familiar; das interações pais/criança; da satisfação parental; entre outras.

Os resultados mencionados anteriormente são devidamente explicitados e referenciados em vários estudos, dos quais destacamos, entre outros, os estudos de H. Able-Boone, Sandall, Loughry, e Frederick (1990); Almeida, Felgueiras e Pimentel (1996/97); S. F. Allen (2007); Bailey, Scarborough e Hebbeler (2003); Carmo (2004); Coutinho (1999); Craveirinha (2002); Cruz, et al. (2003); Dunst (1999); Dunst et al. (1988); Dunst et al. (1998); Dunst, Trivette, Hamby, e Pollock (1990); Dunst, Trivette, Boyd et al. (1994); Dunst et al. (2006; Dunst et al., 2007); Flores (1999); Gavidia-Payne & Stoneman (2004); Judge (1997); McNaughton (1994); R. A. McWilliam, et al. (1995); Morgado e Beja (2000); Narciso (2003); Neal (2007); Serrano (2003b; 2007); Serrano e Bento (2004); Reyes-Blanes, Correa, e Bailey (1999); Ribeiro e Sarmiento (2005); Romer e Umbreit (1998); Warfield, Hauser-Cram, Krauss, Shonkoff, e Upshur (2004); Trivette et al. (1996b).

Este impacto da abordagem centrada na família pode também ser confirmado através do estudo de R. I. Allen e Petr (1997), que analisaram as percepções dos pais relativamente à frequência e à importância dos comportamentos centrados na família dos profissionais que lhes prestam apoio. Verificando que as famílias de crianças com problemas emocionais e de comportamento afirmam receber menos comportamentos centrados na família, comparativamente com outras famílias de crianças com outras necessidades especiais, estes investigadores constataram a existência de uma correlação significativa entre os comportamentos centrados na família e o grau de satisfação das famílias, apesar de não deixarem de notar que os valores obtidos, relativamente à frequência desses comportamentos, eram inferiores à importância que lhes era atribuída.

No contexto português, e utilizando o instrumento de avaliação desenvolvido por R. I. Allen e Petr (1997), *Family Center Behavior Scale*, também Pereira (2003), no seu estudo realizado com 96 famílias apoiadas nos programas de IP, no distrito de Braga, e Cardoso (2006), no seu estudo de caracterização dos programas de IP, no distrito de

Santarém, correlacionaram as práticas centradas na família com o nível de satisfação das famílias. Concluíram que, em termos médios, é evidente a utilização de comportamentos centrados na família, sendo a formação dos profissionais determinante na frequência dos comportamentos apresentados (Pereira, 2003), e que os programas estão organizados de acordo com as práticas recomendadas, numa base de articulação comunitária e inter-serviços (Cardoso, 2006).

No entanto, não obstante os profissionais referirem que consideram que as práticas centradas na família e a prestação de apoios/serviços nos contextos naturais devem ser práticas recomendadas na IP, mencionando, igualmente, o desejo de uma maior colaboração com a família (Campbell & Halbert, 2002), outros estudos concluem que embora sejam evidentes mudanças ao nível das práticas centradas na criança para centradas na família, estas ainda não poderão ser consideradas plenamente centradas na família (Bailey, Winton, Rouse, & Turnbull, 1990; Mahoney & Filler, 1996; Mahoney et al., 1990; R. A. McWilliam, Ferguson et al., 1998; R. A. McWilliam, Tocci et al., 1998; Pimentel, 2003; L. Thompson et al., 1997; Wesley, Buysse, & Tyndall, 1997).

A nível nacional, por exemplo, apesar de salientar a existência de experiências inovadoras, com práticas consolidadas e de qualidade, com redes de serviços e recursos eficazes, com a procura crescente de formação, e com o aumento gradual de respostas formativas, Ruivo e Almeida (2002), nas conclusões do estudo sobre as práticas de IP, elaborado com as educadoras das equipas de apoio educativo das cinco Direcções Regionais de Educação do Alentejo, do Algarve, de Lisboa, do Centro e do Norte, não deixa de destacar a existência de lacunas ao nível da formação em IP (inicial, complementar e em serviço) da maioria das educadoras; apoio maioritariamente centrado na criança, de carácter monodisciplinar; incipiente coordenação de serviços, de recursos e de trabalho em equipa. Também Carrapatoso (2003) concluiu que, embora transpareça uma certa consciência, por parte dos profissionais, da necessidade de incluir as famílias nos programas, a intervenção das 49 educadoras das equipas de Apoios Educativos do Ministério da Educação na área do grande Porto, que constituíram a amostra do seu estudo, centrava-se claramente na criança.

No estudo de caracterização das práticas dos profissionais de IP nas equipas dependentes da Direcção Regional de Educação Especial e Reabilitação da Região Autónoma da Madeira, Cabral (2006) também concluiu que as práticas ainda não reflectem, nem valorizam, as práticas recomendadas, nomeadamente a

interdisciplinaridade e a abordagem centrada na família, que o processo de avaliação/intervenção reflecte uma abordagem centrada na criança e nos serviços, não reflectindo preocupações ecológicas, e que os aspectos menos valorizados pelos profissionais prendem-se com a avaliação do impacto dos programas, com a formação, e supervisão dos profissionais, apesar de notar algumas experiências positivas, em particular a existência de programas que actuam ao nível da prevenção primária, que se caracterizam por uma boa articulação e coordenação entre serviços.

De facto, do ponto de vista da abordagem centrada na família, ainda muito há a fazer no sentido de se conseguir que os diferentes actores, incluindo as instituições de formação, com os seus currículos, cooperem entre si de forma mais eficaz, para tornar possível traduzir a investigação para a prática e para desenvolver novas formas de organização, com uma definição clara de responsabilidades e de mecanismos partilhados.

Testemunho do que acabamos de afirmar é o actual, pertinente e rigoroso estudo exploratório, com um desenho misto, desenvolvido por Almeida (2007) com o objectivo de traçar uma panorâmica da IP e da utilização do modelo de intervenção centrado na família, em Portugal. Observando a existência de especificidade na caracterização das várias regiões do país (à excepção do Algarve), e a concordância relativamente ao quadro traçado a partir das opiniões dos especialistas em IP, dos profissionais das equipas de IP em todo o território nacional, e do estudo de caso, os resultados deste estudo demonstram, por um lado, uma grande assimilação dos conceitos teóricos subjacentes à IP e ao modelo centrado na família, mas, por outro lado, não deixam de apontar também para a existência de dificuldades na sua operacionalização. De facto, ainda que as práticas dos profissionais correspondam à componente relacional das práticas de ajuda centradas na família, evidenciam, não obstante, muitas lacunas na componente participativa dessas mesmas práticas. O envolvimento da família, a utilização do PIAF, a mobilização e o fortalecimento das redes de apoio social da família, nomeadamente as informais, a constituição de uma rede integrada de serviços e de recursos na comunidade, e a intervenção com famílias de risco ambiental, são factores que este estudo identifica como problemáticos.

Não espanta, por isso, que inúmeros estudos apontem a existência de diferenças significativas nas práticas que os profissionais de IP consideram ideais e recomendadas em termos conceptuais, comparativamente com as práticas que utilizam efectivamente no contacto diário que estabelecem com as famílias que apoiam.

Esta discrepância entre a forma como os profissionais envolvem, de facto, a família nos programas, e a forma como, idealmente, as famílias deveriam ser envolvidas, é patente, por exemplo, nos resultados do estudo de Bailey et al. (1992), que pretendeu documentar a percepção dos profissionais de IP, em quatro Estados Americanos. Na origem desta discrepância, ou barreiras, estariam quatro categorias de factores, a saber: a) família, b) sistema, c) profissional e d) instrumentos de avaliação, que o estudo divide, predominantemente em duas categorias (70%), designadamente:

a) barreiras familiares - que consistem essencialmente na falta de conhecimentos ou de competências, por parte da família, necessárias para a sua participação na avaliação, na planificação e nos processos de decisão;

b) barreiras do sistema - que se traduzem na falta de apoio administrativo, em recursos inadequados, na dificuldade inerente à mudança de padrões de práticas estabelecidas, ou em perspectivas filosóficas inconsistentes entre os responsáveis/administradores do programa e os profissionais.

Apenas 15% das barreiras mencionadas reflectiam falta de competências ou de conhecimentos por parte dos profissionais.

Mais recentemente, Zhang e Bennett (2001), no estudo que elaboraram com 40 profissionais integrados nos programas *Early Head Start*, verificaram que estes profissionais também referiam dificuldades na implementação das práticas centradas na família, que se deviam, essencialmente, a características dos próprios profissionais e dos programas.

A discrepância entre práticas reais e ideais, em virtude, nomeadamente, de aspectos relacionados com o sistema de prestação de serviços, com as famílias e com os próprios profissionais, foi, no contexto nacional, igualmente objecto de análise de Martins (1999), que avaliou a percepção de pais e educadoras de infância das equipas dos apoios educativos, relativamente ao envolvimento parental em IP.

De modo semelhante, Pereiro (2000), ao analisar as percepções de alguns profissionais de IP portugueses, face ao envolvimento e à participação das famílias nos respectivos programas, constatou que, embora existam diferenças nas percepções dos profissionais, tendo em conta a sua identidade profissional (docentes/não docentes), e seja evidente a emergência de práticas de intervenção centradas na família, os profissionais envolvidos neste estudo referiram aspectos institucionais e familiares como os maiores

obstáculos para o melhor envolvimento das famílias, e a necessidade de formação inicial e contínua, bem como a reestruturação dos serviços.

Estas conclusões encontram paralelo no estudo efectuado por Fernandes (2001) de caracterização dos programas de IP para crianças dos 0-3 anos, implementados pelas equipas de apoio educativo na região de Trás-os-Montes. Notando a discrepância entre a forma como os profissionais envolvem as famílias e a forma como, idealmente, estas deveriam ser envolvidas, verificou a existência de práticas monodisciplinares na avaliação da criança; a ausência de trabalho transdisciplinar; a escassez de recursos e de serviços; a ausência quase total de articulação e de coordenação de serviços; a falta de formação dos profissionais no que se refere ao trabalho com famílias; e a ausência de avaliação dos programas. A autora conclui que a participação da família não ultrapassa os limites definidos pelos profissionais e que, conseqüentemente, a família ainda não é considerada como parceira na IP. Conclusão, aliás, que vai de encontro aos resultados do estudo desenvolvido por S. L. McBride e Peterson (1997), que constataram que o apoio dos profissionais se centra na criança e que, quando a família é envolvida, essa participação reduz-se a aspectos do desenvolvimento e de prestação de cuidados à criança.

Na Suécia, Bjorck-Akesson e Granlund (1995), com o objectivo de identificarem o tipo de barreiras que dificultam a implementação das práticas centradas na família, utilizaram o sistema de categorias definido por Bailey et al. (1992), definindo subcategorias dentro de cada uma das categorias, tendo, por sua vez, incluído, além dos profissionais, um grupo de pais na sua amostra. Curiosamente, para além da divergência entre as práticas reais e as que seriam as ideais, os resultados do estudo apontam uma discrepância entre as práticas prestadas e as obtidas. Ou seja, os pais afirmam receber menos práticas centradas na família, comparativamente com as que os profissionais dizem prestar. Estes resultados são corroborados pelos estudos de Carvalho (2004), Dempsey e Carruthers (1997), Mahoney e O'Sullivan (1990), de Dunst et al. (1991) e de R. A. McWilliam et al. (2000). Este último, não encontra diferenças significativas nos resultados obtidos, quer ao nível das famílias, quer dos profissionais, em relação às práticas consideradas ideais.

Aliás, e contrariamente às expectativas, o estudo de Mahoney e O'Sullivan (1990), realizado com profissionais de IP em seis Estados Americanos, verificou que a maioria dos objectivos seleccionados pelos profissionais eram objectivos clínicos centrados na criança. Além disso, quase metade dos inquiridos referia não gastar tempo com as famílias durante

uma semana típica. Resultados semelhantes foram obtidos por Pimentel (2003) que, no estudo com 193 mães e 128 profissionais do distrito de Lisboa, concluiu, entre outros aspectos, que os apoios/serviços percebidos quer pelos pais, quer pelos profissionais, são essencialmente focados na criança, que os profissionais afirmam prestar mais serviços do que aqueles que os pais percebem receber, e que o apoio não é implementado de acordo com o que é recomendado como práticas de qualidade em IP. Estes resultados, aliás, estão em consonância com os obtidos por Mahoney et al. (1990), e por Mahoney e Filler (1996).

Outro estudo que se enquadra nos resultados dos estudos anteriores é o estudo qualitativo realizado por S. L. McBride et al. (1993) sobre a implementação dos planos individualizados de apoio às famílias (PIAF), no Estado do Iowa. Estes investigadores verificaram que, embora os profissionais demonstrassem compreender o significado da abordagem centrada na família, as suas práticas reais ainda eram claramente centradas na criança, e que mais de metade do tempo ocupado nas suas sessões de apoio era gasto no apoio directo à criança. Estes resultados foram igualmente demonstrados no estudo misto realizado por R. A. McWilliam, Tocci et al. (1998). De modo semelhante, uma análise aos PIAF, solicitada pelo Ministério da Educação norte-americano, em 1987, revelou que a maioria dos objectivos dos PIAF se centravam na criança (Bailey, Winton et al., 1990).

Também Jung e Baird (2003), ao investigarem os efeitos de um conjunto de variáveis nas práticas recomendadas para a elaboração dos PIAF, constataram que, para além do impacto significativo da formação dos profissionais nas práticas utilizadas, aquando da elaboração dos PIAF, estes não reflectem as práticas recomendadas, focando-se essencialmente na criança individual e no seu desenvolvimento, não o enquadrando no funcionamento e no estilo de vida da família. À mesma conclusão chegaram os estudos de R. A. McWilliam, Ferguson et al. (1998), de Boone, McBride, Swann, Moore, e Drew (1998) e de Espe-Sherwindt (1996).

No contexto português, e neste âmbito, gostaríamos de destacar o estudo elaborado por Simões (2007), que caracterizou os programas de IP, no distrito de Faro, ao abrigo do Despacho-Conjunto nº 891/99, analisando a estrutura global e o conteúdo dos PIAF utilizados nesses mesmos programas. Concluiu que as práticas estão muito longe de ser centradas na família; que nenhum dos PIAF contempla todos os elementos que constam da legislação portuguesa (Despacho-Conjunto nº 891/99) e que os profissionais não têm

formação específica em IP, tendo participado apenas em formações pontuais obtidas em Encontros ou Seminários.

Estes resultados questionam até que ponto a abordagem centrada na família está a ser entendida e implementada nos programas de intervenção precoce e, nessa medida, não é estranho que, por exemplo, Veiga (1995), no primeiro estudo de investigação em IP realizado em Portugal, intitulado *Intervenção Precoce e avaliação: Estudo introdutório*, em que analisa treze projectos de IP da Zona Norte, destaque a não existência de articulação e de coordenação de serviços e de recursos, práticas de apoio centradas na criança, sem preocupações ecológicas, dificuldades de funcionamento em equipa, ausência de formação específica, e inexistência de estudos de avaliação do impacto dos programas.

Já no novo milénio, Mota (2000) apresentou os resultados do estudo exploratório de caracterização da organização de serviços e práticas de IP (0-3 anos) das equipas de apoio educativo da área do grande Porto, verificando não só que o processo de intervenção se centrava prioritariamente na criança, mas também que a sua eficácia era medida pelos progressos apresentados pela criança, independentemente do impacto global na dinâmica familiar. Constatou, ainda, a resistência, por parte dos profissionais, em abdicarem de um certo “protagonismo pedagógico”, reclamando para si um papel preponderante no processo de avaliação/intervenção; o envolvimento esporádico, e com carácter informativo, dos pais no processo de avaliação; a ausência de trabalho transdisciplinar e a quase ausência de coordenação de serviços e recursos; o carácter informal e não sistemático da articulação de serviços; a escassa formação dos técnicos relativamente ao trabalho com famílias, sendo que um dos aspectos mais negligenciados nestas equipas era a elaboração de planos de intervenção, prevalecendo ainda uma perspectiva monodisciplinar. Estas conclusões, são similares às do estudo de Azevedo (2007), intitulado *A IP e os profissionais de saúde: Um estudo de uma unidade de saúde do concelho de Vila do Conde*, que refere ainda o desconhecimento da legislação que enquadra a IP, por parte dos profissionais de saúde que constituem a amostra da sua investigação, e a ausência de interdisciplinaridade e de coordenação de serviços e de recursos.

Em contraste, Cara-Linda (2007), ao avaliar as práticas centradas na família num projecto de IP, verificou a não existência de diferenças significativas entre as percepções dos pais e dos profissionais, relativamente ao envolvimento dos pais no processo de avaliação e intervenção; a existência de articulação de serviços (estatais, privados e solidariedade social) e de trabalho em equipa, não obstante os profissionais manifestarem

preocupações sobre a necessidade de formação específica em IP, designadamente ao nível do trabalho com famílias e de estratégias de intervenção, de orientação e de supervisão da equipa.

Ninguém duvida da complexidade da tarefa de fazer com que, não só os profissionais, como as próprias famílias, abandonem práticas que, consagradas pelo uso e por “velhos hábitos”, se revelam, à luz das evidências científicas, pouco eficazes, nalguns casos, e talvez danosas noutros. É claro que, por si só, a formação não consegue resolver todos os desafios que resultam de uma realidade complexa, e que implicam uma efectiva mobilização social. De facto, as estruturas organizacionais e administrativas, a legislação, as condições de trabalho e as próprias políticas de mobilidade dos profissionais, etc., têm um papel preponderante na implementação de práticas de qualidade. Mesmo assim, o reconhecimento da importância da formação no desenvolvimento profissional ao longo da carreira é destacado, por exemplo, nos resultados do estudo de Campbell e Halbert (2002), que avalia as perspectivas dos profissionais acerca das mudanças necessárias para a implementação de um sistema de qualidade em IP, em que se referem aspectos relacionados com a formação, com a colaboração entre profissionais, com a participação da família, com um maior número de profissionais e de horas de apoio, e com burocracia.

Também Moreira (2007), ao debruçar-se sobre as percepções de 40 educadoras de infância acerca das competências necessárias para uma prática centrada na família, concluiu que estas educadoras destacavam a importância de possuírem competências específicas para trabalhar segundo a abordagem centrada na família, nomeadamente saber ouvir, valorizar as competências e as decisões da família, respeito pela diversidade cultural, articulação entre todos os intervenientes e a necessária mudança de atitudes dos profissionais relativamente à forma de avaliar e de intervir. Reforçando a necessidade de formação para obter essas competências específicas, estas educadoras referiam, ainda, como principais dificuldades no trabalho com as famílias: problemas de comunicação com as famílias e dar respostas à comunicação entre os técnicos.

O papel preponderante da formação para a compreensão e aquisição das competências necessárias à implementação das práticas centradas na família é confirmado, ainda, pelos estudos de Chun (2001) e de Romer e Umbreit (1998). Neste âmbito, gostaríamos de destacar os estudos de Bailey, Palsha et al. (1990), de Bailey et al. (1991), de Mahoney et al. (1990), de Mahoney e Bella (1998), de Mahoney e Filler (1996), de McCollum (1989) e de Roberts e Wasik (1990), que não só revelam que os profissionais,

não obstante afirmarem estar familiarizados com as práticas centradas na família, reconhecem, no entanto, faltarem-lhes competências adequadas para a sua efectiva implementação, como demonstram também a importância da formação como moldura da qualidade e da quantidade dos serviços prestados. Resultados semelhantes foram encontrados por Bailey, Simeonsson, Yoder, e Huntington (1990), por Gonçalves (2005), e por McCollum (1989), que apontam ainda a falta de conteúdos, ao nível da abordagem centrada na família, nos programas de formação inicial.

No contexto português, a temática da formação também foi objecto de análise dos estudos de Dias (2007), de M. A. B. Figueiredo (2002), de Gonçalves (2005), de Rodrigues (2003), e de Viana (2005).

Assim, M. A. B. Figueiredo (2002), no seu estudo exploratório sobre a formação das educadoras de apoio educativo no distrito do Porto, verificou a existência de lacunas na formação ao nível da IP, referenciadas por 76,1% da amostra do estudo, que se centram, fundamentalmente, nos conteúdos relacionados com o trabalho com as famílias (32%), com o trabalho com outros técnicos (22%), e com a falta de formação específica em IP (13%). Quanto à análise das temáticas das formações frequentadas, é notada uma predominância de temas relacionados com as necessidades educativas especiais e com as ciências da educação (teoria e desenvolvimento curricular, política educativa, multiculturalidade, e relações interpessoais) nos diferentes anos analisados (1995 a 1999). A temática da IP apenas surge valorizada nos anos de 98 (9,7%) e de 99 (13,8%).

A manifesta necessidade de formação ao nível da intervenção com as famílias e da relação com outros profissionais foi verificada por Rodrigues (2003), no seu estudo sobre as necessidades de formação dos educadores de infância de apoio educativo, que identificou ainda, uma correlação negativa entre essas necessidades de formação e a sua experiência profissional. Por sua vez, Viana (2005), no estudo intitulado *Importância da formação para uma prática de qualidade em intervenção precoce*, analisou os planos e os programas de formação de profissionais em IP, existentes em várias instituições de formação portuguesas, procurando ver em que medida esses mesmos planos e programas reflectem alguns dos princípios recomendados, nomeadamente a abordagem centrada na família, os modelos inclusivos, e os modelos integrados e interdisciplinares. Constatou a persistência de uma perspectiva monodisciplinar do desempenho profissional, e a existência de cursos de formação demasiado teóricos com fraca ligação à prática, embora alguns dos programas analisados já adoptem uma abordagem interdisciplinar e inclusiva.

Outro estudo que valoriza os aspectos relacionados com a formação, como incremento de uma nova categoria profissional, é o estudo elaborado por Dias (2007), intitulado *A organização de serviços em IP em Portugal: Contributos de ajudantes familiares para a IP*, desenvolvido no distrito de Lisboa, mais precisamente nos concelhos de Odivelas, de Loures e de Sintra. Ao analisar a eficácia do apoio prestado pelas ajudantes familiares no desenvolvimento das crianças apoiadas, comparativamente com a eficácia obtida pelas educadoras de apoio educativo do Ministério da Educação, verificou que, embora todas as crianças apresentassem resultados significativos e positivos no seu desenvolvimento, sobretudo no caso das crianças com atraso severo/profundo e atraso moderado, as crianças com atrasos ligeiros, por condições estabelecidas obtiveram ganhos superiores quando apoiadas por educadoras, enquanto que as crianças com atraso por situações de risco biológico e ambiental, obtiveram melhores resultados quando apoiadas por ajudantes familiares.

Gonçalves (2005), no seu estudo exploratório sobre a relevância da formação inicial das educadoras de infância para a prática de IP, concluiu que, apesar de existirem escolas (Universidades Públicas e Escolas Superiores de Educação) que abordam conteúdos promotores da IP, em geral, a formação não dá garantias de resposta às competências requeridas aos profissionais de IP, no Despacho Conjunto 891/99. Neste contexto, ganham relevo os trabalhos que visam a promoção de um processo de construção de uma cultura de qualidade em IP e, neste sentido, gostaríamos de destacar o estudo de Doutoramento de Santos (2007), no qual é desenvolvida uma investigação-acção que enquadra, que fundamenta e que descreve a estrutura de IP, no distrito de Aveiro, propondo, como produto desta investigação, o Perfil de Competências de Supervisão em IP.

No mesmo distrito, A. M. F. Ferreira (2007) analisou as percepções dos profissionais de IP, relativamente aos seus níveis de bem-estar emocional e implicação, bem como os factores pessoais e contextuais que contribuíam para a determinação desses níveis. Verificou que os índices de bem-estar e implicação se situavam no nível 4, segundo a categorização de Laevers (que define 5 níveis de bem-estar, em que o 1 corresponde ao valor mínimo e o 5 ao valor máximo), constatando, no entanto, que os valores variavam consoante as categorias profissionais e as funções desempenhadas. Para além da existência de lacunas na formação específica em IP, os resultados deste estudo apontam ainda a estabilidade da equipa, e os processos comunicacionais com as equipas de coordenação, supervisoras e dinamizadoras, como factores de promoção de bem-estar e implicação por

parte destes profissionais. De facto, como Wesley, Buysse, e Skinner (2001) haviam já demonstrado, o bem-estar dos profissionais depende de vários factores, nomeadamente das características da criança, dos prestadores de cuidados, do programa, e dos recursos.

Ganham, por isso, ainda maior relevância outras linhas de investigação, que colocam em realce outros aspectos determinantes nas práticas centradas na família, designadamente o processo de avaliação da criança e das necessidades e expectativas da família, as redes sociais de apoio formal e informal e, inclusive, aspectos associados com a questão da elegibilidade e com o processo de transição.

No que diz respeito ao processo de avaliação da criança, apesar de Simeonsson, Edmondson, Smith, Carnahan, e Bucy ((1995) notarem a congruência entre pais e profissionais, relativamente aos objectivos e conteúdos da avaliação, o estudo comparativo de Crais e Belardi (1999) sobre as percepções das famílias e dos profissionais acerca da participação da família na avaliação da criança, embora observando a mesma congruência entre pais e profissionais, relativamente à valorização das práticas recomendadas, aponta claramente para diferenças significativas entre as práticas prestadas e as práticas consideradas ideais.

Este último estudo foi replicado em Portugal por Carvalho (2004), no distrito de Coimbra, tendo esta investigadora encontrado resultados globais idênticos aos do estudo realizado na Carolina do Norte por Crais e Belardi (1999), nomeadamente referindo diferenças significativas entre: a) as práticas que os profissionais percebem prestar (actuais) e as práticas que as famílias percebem receber (actuais); b) as percepções dos pais e dos profissionais, relativamente às práticas actuais e ideais; c) as práticas consideradas ideais pelos pais e pelos profissionais.

Também M. F. B. Ferreira (1999), no seu estudo intitulado *O trabalho de equipa multidisciplinar em IP: Expectativas e ideais dos profissionais na avaliação*, refere a existência de diferenças entre as percepções dos pais e as dos profissionais, no que se refere aos objectivos da avaliação da criança. Por sua vez, Cordeiro (2004), no estudo *O processo de avaliação em intervenção precoce e as práticas de apoio educativo no jardim-de-infância: da teoria à prática*, conclui que a intervenção é normalmente centrada na criança, embora o processo de avaliação evidencie características interdisciplinares, integração dos resultados da avaliação no desenvolvimento de planos de intervenção, e a existência de coordenação inter serviços.

Ainda no âmbito da avaliação, em particular no que se prende com a tradução e com a adaptação de instrumentos facilitadores da participação da família neste processo, importa referir os trabalhos de Teixeira (2008), de Graça (2008), de S. C. G. Lopes (2008), que realizaram um estudo exploratório da Escala de Desenvolvimento *Ages and Stages Questionnaires (ASQ): A Parent Completed, Child Monitoring System*, instrumento utilizado para rastrear possíveis alterações do desenvolvimento, e de Reis (2008), que desenvolveu um estudo exploratório da Escala *Siblings needs and involvement profile (SNIP)*, no sentido de avaliar o tipo de envolvimento e as necessidades dos irmãos/(ãs) das crianças com perturbações do espectro do autismo.

Relativamente à avaliação das necessidades e das expectativas da família, Garshelis e McConnel (1993), ao compararem as avaliações das necessidades da família feitas por a) mães de crianças com NE, b) equipas de intervenção precoce, c) profissionais individuais nessas equipas, verificaram que, regra geral, apenas cerca de metade das respostas das equipas dos serviços eram semelhantes às das mães, e que as avaliações feitas pela equipa eram superiores às avaliações feitas individualmente por cada profissional. A mesma divergência entre a percepção dos profissionais e a da própria família acerca das suas dificuldades, necessidades e expectativas foi igualmente constatada por Coutinho (1996).

Neste âmbito, importa ainda referir o estudo qualitativo de Summers et al. (1990) que analisou, entre outros aspectos, as preferências dos pais e dos profissionais sobre o processo de identificação das competências e necessidades da família, concluindo que os pais preferem processos informais de recolha de informação e profissionais sensíveis, empáticos e competentes.

Outra temática explorada na abordagem centrada na família são os estudos de investigação realizados no âmbito das redes sociais de apoio formal e informal às famílias em IP, dos quais destacamos, entre outros, os estudos portugueses de Carmo (2004), de Craveirinha (2002), de Flores (1999), de Gomes e Geraldés (2005), de C.M.F. Gonçalves (2006), de Morgado e Beja (2000), de Narciso (2003), de Ribeiro e Sarmiento (2005), de Serrano (2003b) e de Serrano e Bento (2004).

Destes estudos, relevamos o estudo elaborado por Serrano (2003b), no distrito de Braga, através do qual esta investigadora procurou analisar e identificar os recursos formais e informais utilizados pelas famílias de crianças com NE, com idades compreendidas entre os 0 e os 3 anos. Das várias conclusões obtidas, salientamos a importância atribuída pelas famílias às redes de apoio informal, nomeadamente ao nível do

apoio instrumental, emocional, material e de convivência, assim como a valorização de alguns elementos da rede de apoio informal, em particular dos vizinhos e dos avós. Ainda no âmbito das conclusões e recomendações deste estudo, a sua autora destaca a importância da implementação de uma perspectiva de IP baseada nos recursos, bem como a necessidade de promover a formação de todos os profissionais envolvidos nos programas de IP, salientando a necessidade destes programas serem coordenados, articulados, flexíveis e mais abrangentes.

Indicamos ainda outros estudos, que descrevem algumas das medidas facilitadoras da implementação de práticas de qualidade na resposta às necessidades das famílias, sublinhando a importância da qualidade das relações entre pais e profissionais, em particular S. F. (2007); Dinnebeil e Rule (1994); Dinnebeil, Hale, e Rule (1999); S. L. McBride, et al. (1993); Minke e Scott (1995); V. Santos (2001); Summers, et al. (2001) e, em contrapartida, outros estudos que apontam um conjunto de barreiras que diminuem a capacidade de resposta a essas mesmas necessidades, como por exemplo, os de S. F. Allen (2007), Dinnebeil e Rule (1994); Minke e Scott (1995) e de Rosenberg, Robinson, e Fryer (2002).

Relativamente às temáticas da transição e da elegibilidade, podemos referenciar os estudos de Fontão (2003), acerca da elegibilidade para a IP das mães adolescentes do Vale do Ave, de Nóbrega (1999), sobre a influência do risco ambiental no desenvolvimento da criança, e de Fonseca (2006), que se debruçou sobre as percepções de pais e de profissionais a propósito do processo de transição da criança dos serviços de intervenção precoce para as estruturas regulares de educação pré-escolar, em catorze concelhos da zona sul do distrito de Viseu. Problematizando algumas questões relacionadas com o encaminhamento, com a continuidade ou com a finalização da criança, nos programas de IP, com as práticas de transição para as estruturas regulares de educação pré-escolar, e com as percepções das famílias e dos profissionais acerca da importância da transição, Fonseca (2006), referindo um conjunto de factores condicionadores do processo de transição, destaca, entre outros factores, a ausência de uma prática de coordenação comunitária e de articulação inter-serviços, e a restrição maioritária dos contextos de decisão ao responsável de caso, não obstante a preocupação dos responsáveis de caso em conferir um papel mais activo às famílias nas decisões e nos procedimentos a delinear.

Para terminar, gostaríamos ainda de referir o primeiro estudo de doutoramento no âmbito da IP realizado por Coutinho (1999), que se insere no âmbito da temática formação

parental, sobre a construção, aplicação e avaliação de um programa de formação destinado a pais de crianças com Trissomia 21. Neste estudo, esta investigadora teve como objectivo aumentar o nível e diversificar o tipo de informação dos pais, de acordo com as suas necessidades; aumentar o sentimento de competência parental, na promoção de actividades e de situações adequadas ao desenvolvimento dos seus filhos, e a criação e alargamento de grupos de pais de crianças com Trissomia 21. Como resultados desta investigação salientam-se, entre outros, ganhos significativos nas percepções de competências maternas, nomeadamente das tarefas e das exigências relacionadas com a função parental; a utilidade das redes sociais de apoio; e níveis elevados de satisfação parental.

Esta breve revisão das principais linhas de investigação e das evidências na abordagem centrada na família em intervenção precoce, não pretendeu enumerar exaustivamente, nem avaliar criticamente, o acúmulo de publicações e de informações produzidas nas últimas décadas, particularmente em Portugal. É útil, na medida em que nos oferece uma visão ampla do “estado da arte” e, principalmente, porque nos confronta com algumas relações entre variáveis que, certamente, irão permitir alargar o leque de questões do nosso próprio estudo.

4- A Intervenção Precoce em Portugal: Percursos, Constrangimentos e Recomendações

RESUMO Neste subcapítulo, analisaremos o percurso histórico da intervenção precoce em Portugal, realçando e reflectindo sobre um conjunto de constrangimentos que dificultaram e dificultam a implementação da IP a nível nacional.

Terminaremos com algumas recomendações emanadas através de pareceres de peritos nacionais e estrangeiros, acerca do Despacho Conjunto 891/99 que, na nossa opinião, poderão contribuir claramente para a consolidação e para a sustentabilidade da qualidade da Intervenção Precoce em Portugal.

Na literatura, são frequentes menções à evolução histórica da IP em Portugal, e à ausência de enquadramento legal específico até 1999, ano de publicação do Despacho Conjunto 891/99, de 19 de Outubro. Estas menções são abordadas por diferentes autores, dos quais destacamos, entre outros (Almeida, 2000, 2007; Coutinho, 1999; Dias, 2007; Felgueiras, 1997; Pereira, 2003; Ruivo & Almeida, 2002; P. A. C. H. Santos, 2007; Serrano, 2003b; Serrano & Correia, 1998; Veiga, 1995).

De forma a permitir uma análise e uma compreensão mais detalhada da realidade Portuguesa da IP, considera-se relevante efectuar uma análise histórica que nos permita compreender o passado e o presente, e edificar o futuro da IP em Portugal

Assim, de um ponto de vista histórico, importa realçar, já na segunda metade da década de 60, a existência de programas de atendimento a crianças com NE dos 0 aos 2 anos, inseridos no Instituto de Assistência a Menores do Ministério da Saúde. Por esta altura, este mesmo organismo promoveu igualmente a criação, a nível nacional, do Serviço de Orientação Domiciliária para pais de crianças com deficiência visual, com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos (Costa, 1981).

Com a restrição, nos anos 70, deste serviço ao Porto e a Lisboa, foram surgindo, em contrapartida, as associações e cooperativas de educação especial fundadas por pais de crianças e jovens com NE, embora raramente atendessem crianças com NE dos 0 aos 6 anos. Destas associações, destacam-se os Centros de Paralisia Cerebral de Lisboa, do Porto e de Coimbra e as suas experiências multidisciplinares de atendimento precoce.

Nos finais dos anos 70, gostaríamos de realçar a criação do Projecto de Águeda, importante experiência integradora e comunitária desenvolvida pela primeira vez em Portugal, que conjuga os contributos dos sectores da saúde, da educação, da segurança social e de outras entidades públicas e privadas.

Os anos 60 e 70 são, assim, caracterizados por um alargamento do número de crianças atendidas, embora não se tenham verificado quaisquer mudanças conceptuais ou práticas significativas, no atendimento a crianças em idades precoces (Ruivo & Almeida, 2002).

Os anos 80 são considerados por Almeida (2007) a etapa do reconhecimento da génese da IP em Portugal. Em meados dos anos 80, é implementado e difundido o Modelo *Portage* para pais, através da Direcção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica -DESOIP (antigo Centro de Observação e Orientação Médico-Pedagógico - COOMP e actual Centro de Estudo e Apoio à Criança e à Família (CEACF).

A esta Direcção de Serviços (DESOIP), sob a tutela do Ministério da Solidariedade e Segurança Social, foram atribuídas competências no âmbito do apoio precoce especializado às crianças em situação de risco, ou com necessidades educativas especiais (NEE), e suas famílias (Pimentel, 2003).

Segundo Coutinho (1999), a implementação e a difusão do Modelo *Portage* em Portugal foi fundamental, pois surgiu numa fase em que a maior parte dos profissionais não dispunha de formação na área da IP.

No final dos anos 80, mais propriamente em 1989, surge o Projecto Integrado de Intervenção Precoce do Distrito de Coimbra (PIIP) em articulação com cinco serviços da comunidade, representativos das áreas da saúde, da educação e da segurança social (Boavida & Carvalho, 2003). Este projecto destina-se a apoiar famílias com crianças dos 0 aos 3 anos com necessidades especiais, incluindo serviços individualizados através do apoio domiciliário, e serviços de apoio às instituições que incluem crianças apoiadas pelo PIIP.

Segundo Boavida e Carvalho (2003), o PIIP de Coimbra nasceu e cresceu numa perspectiva verdadeiramente ecológica, e constitui-se, actualmente, como um processo transdisciplinar e inter-serviços de base comunitária e centrado na família. Poderá mesmo ser considerado como exemplo de um modelo abrangente e integrado, que tem subjacente a filosofia centrada na família, com reconhecimento internacional pela qualidade das suas práticas.

O PIIP de Coimbra teve ainda o mérito de impulsionar o nascimento de outros projectos de IP a nível nacional, bem como o de dinamizar formação específica neste âmbito. Contribuiu ainda para a inclusão de alguns dos seus objectivos e fundamentos conceptuais no Despacho Conjunto 891/99. Outra das grandes iniciativas do PIIP foi a constituição, em 1998, da Associação Nacional de IP (ANIP), que procura contribuir para a promoção de uma IP de qualidade, a nível nacional.

Deste modo, os anos 90 caracterizam-se por um incremento significativo de projectos de IP, tendo como entidades promotoras as instituições privadas de solidariedade social, cooperativas e outros serviços oficiais dos Ministérios da Educação e Segurança Social. Este incremento foi sustentado por um conjunto de normativos que se encontram, na maioria das vezes, dispersos e fragmentados pelas peças legislativas enquadradoras da Educação Especial, como se pode verificar no quadro 7.

No quadro 7, é visível que o enquadramento legal da IP surge apenas a partir de 1995, destacando-se, neste ano, a regulamentação do programa “Ser Criança” do Ministério da Segurança Social e, em 1997, as portarias nº 52 e nº 1102 do Ministério da Educação.

O carácter disperso e fragmentado da legislação poderão justificar, em parte, na nossa opinião, a assimetria geográfica da implementação dos programas, a heterogeneidade e individualidade do seu funcionamento, a coexistência de diferentes modalidades de financiamento (ao abrigo de acordos de cooperação, do programa “Ser criança” e da Portaria 1102), e a falta de formação dos profissionais envolvidos nestes programas.

Quadro 7.

Diplomas Legais no Âmbito da Educação Especial. Adaptado de A. P. L. Martins (2000)

Ano	Diplomas Legais	Âmbito da Legislação
1986	Lei de Bases do Sistema Educativo Lei nº 46, de 14 de Outubro	Define o âmbito, os objectivos e a organização da Educação Especial.
1988	Despacho conjunto 36 de 29 de Julho	Cria as equipas de Educação Especial.
1989	Lei de Bases da Reabilitação Lei nº 9, de 2 de Maio	Regulamenta os aspectos da prevenção, da reabilitação e da integração das pessoas com deficiência, incidindo o artigo 9º sobre a Educação Especial.
1991	Decreto-Lei nº 319, de 23 de Agosto	Define medidas de regime da educação especial a aplicar a alunos com NEE do ensino básico e secundário.
1993	Portaria 611, de 29 de Junho	Garante a aplicação das medidas previstas no Decreto-lei 319/99 às crianças que frequentam os jardins-de-infância da rede pública do Ministério da Educação.
1994	Despacho conjunto 54, de 30 de Agosto	É criado um grupo de trabalho interdepartamental, com o objectivo de definir os princípios e os modelos de organização de serviços de IP.
1995	Portaria nº 1095 de 6 de Setembro	Define as condições de acesso de frequência de alunos com NEE que frequentam as associações e as cooperativas de educação especial sem fins lucrativos. Referencia e define IP.
1995	Despacho nº 26, de 6 de Dezembro	Define incentivos financeiros ao desenvolvimento de projectos integrados de IP. Regulamenta o Programa Ser Criança, do Ministério da Segurança Social.
1997	Portaria nº 52 de 21, de Janeiro (revisão da Portaria 1095, de 6 de Setembro)	Estimula e apoia a articulação entre as associações e as cooperativas de educação especial, valorizando respostas integradas e de qualidade, que estas instituições sem fins lucrativos pretendam desenvolver, nomeadamente ao nível da IP.
1997	Despacho conjunto nº105, de 1 de Julho	Cria os serviços de apoio educativo, e refere o papel importante que as Equipas de Coordenação dos Apoios Educativos podem ter ao nível da IP.
1997	Portaria nº 1102, de 3 de Novembro	Organiza projectos locais de IP, articulados com as Equipas de Apoio Educativo e com Instituições Particulares de Solidariedade Social, tuteladas pelo Ministério da Educação.
2001	Decreto-lei nº 6, de 18 de Janeiro	Aprova a reorganização curricular do ensino básico, e prevê as medidas especiais de educação dirigidas a alunos com necessidades educativas especiais.
2008	Decreto – lei nº 3, de 7 de Janeiro	Define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos sectores público, particular, cooperativo ou solidário; visa a adequação do processo educativo às necessidades educativas especiais dos alunos com deficiências ou com incapacidades.

No final dos anos 90, surge um normativo, o Despacho Conjunto 891/99, de 19 de Outubro, que veio preencher o vazio legal, no que se refere às orientações reguladoras da IP em Portugal, atribuindo aos ministérios da Saúde, da Educação e da Segurança Social a responsabilidade pela implementação e pelo funcionamento dos programas de IP.

Neste normativo, são adoptadas algumas das premissas da legislação americana da IP, PL: 99-457, nomeadamente o envolvimento da família em todo o processo, o trabalho inserido na comunidade, o trabalho em equipa, a figura do “responsável de caso”, a elaboração do plano individual de intervenção com a família, e a coordenação de serviços.

Neste normativo, a IP é definida como «uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante acções de natureza preventiva e habilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde, e da acção social» (ponto 2); esta medida destina-se «a crianças dos 0 aos 6 anos, com especial incidência dos 0 aos 3, que apresentem deficiência ou risco de atraso grave do desenvolvimento». (ponto 3)

O Despacho conjunto 891/99 define três eixos fundamentais que devem caracterizar os programas de IP, nomeadamente o envolvimento familiar, a existência de uma equipa multidisciplinar, e o desenvolvimento do Plano Individual de Intervenção (PII). Estes três aspectos são consentâneos com as práticas recomendadas, relativamente à organização e prestação de apoios em IP, pelas organizações internacionais e pela evidência da investigação nesta área.

Outros aspectos fundamentais, e de realce neste normativo referem-se ao modelo organizativo proposto para a IP, modelo baseado na coordenação e na articulação intersectorial, traduzida na responsabilidade partilhada dos sectores da educação, da saúde e da segurança social, bem como na colaboração público-privado.

No Despacho Conjunto 891/99, o modelo organizativo da IP enquadra, ao nível *funcional*, as Equipas de Intervenção Directa e as Equipas de Coordenação e, ao nível de *acompanhamento e avaliação*, as Estruturas Regionais (Saúde, Educação e Segurança Social) e o Grupo Interdepartamental.

Ao Grupo Interdepartamental é atribuída a responsabilidade de avaliação global da implementação do Despacho Conjunto, após um período experimental de três anos. Este Grupo foi criado ao abrigo do Despacho Conjunto nº 999/2000 e *ressuscitado*, respectivamente e continuamente, pelos Despachos Conjuntos 28/2005, 55/2005, 30/2006 e 20220/2006, como pode ser constatado no quadro 8.

Quadro 8.

Diplomas Legais no Âmbito Específico da Intervenção Precoce. Adaptado de A. P. L. Martins (2000)

1999	Despacho conjunto nº 891, de 19 de Outubro	Define as orientações reguladoras da IP para crianças com deficiência, ou em risco de atraso grave do desenvolvimento, e suas famílias.
2000	Despacho conjunto nº 999, de 13 de Setembro	Define a constituição do grupo que ficará responsável pelo acompanhamento e pela avaliação da IP a nível nacional.
2005	Despacho conjunto nº 28, de 11 de Janeiro	Revoga o despacho conjunto nº 999/2000, e redefina a composição e o funcionamento do Grupo Interdepartamental, bem como o período para apresentação do relatório global de avaliação do Despacho Conjunto 891/99.
2005	Despacho Conjunto nº 55, de 17 de Janeiro	Determina a constituição e a coordenação do grupo interdepartamental (sem referência ao despacho anterior, Despacho Conjunto nº 28/2005), e define um período de 90 dias para a apresentação do relatório global de avaliação
2006	Despacho Conjunto nº 30, de 11 de Janeiro	Revoga os despachos conjuntos nº 28/2005 e nº 55/2005, e define a constituição e atribuição das funções de avaliação da IP, ao grupo Interdepartamental, durante o período de implementação do Despacho Conjunto. Define o período de 6 meses para apresentação do respectivo Relatório.
2006	Despacho Conjunto nº 20220, de 4 de Outubro	Alarga o prazo de entrega do Relatório de avaliação, definindo como data limite 30 de Novembro de 2006.

A avaliação do Despacho Conjunto 891/99, pelo Grupo Interdepartamental, dando cumprimento aos Despachos Conjuntos nº 30/2006, de 11 de Janeiro e nº 20 220/2006, de 4 de Outubro, é apenas concluída em Novembro de 2006.

Desta avaliação iremos salientar apenas alguns aspectos globais, considerados relevantes para a caracterização dos programas de IP em Portugal, referidos no ofício emanado pelo Sr. Ministro do Trabalho e da Solidariedade Social, datado de 9 de Março de 2007, em resposta ao requerimento das Senhoras Deputadas, Maria do Rosário Carneiro e Teresa Venda, com data de 18 de Dezembro de 2006. Este requerimento surge como resposta ao cancelamento da sessão pública, agendada para Dezembro de 2006, para divulgação dos resultados da avaliação desenvolvida pelo Grupo Interdepartamental.

Nos conteúdos divulgados, do relatório de avaliação elaborado pelo Grupo Interdepartamental, é salientado que:

a) Existem Equipas de Coordenação Distrital (ECD) em 15 dos 18 distritos do continente. Os três distritos sem cobertura destas equipas situam-se no Norte do País, nos Distritos do Porto, de Braga e de Viana do Castelo.

b) Os Distritos onde existem ECD caracterizam-se igualmente pela existência de equipas de Intervenção Directa (EID), geralmente de âmbito concelhio, com excepção dos Distritos de Lisboa e de Vila Real, devido à criação recente das ECD.

c) Existem 136 EID, distribuídas por 160 concelhos, que integram 1013 profissionais de diferentes áreas disciplinares. A área disciplinar predominante é a da educação de infância e as áreas em défice são as das terapias e da psicologia (com excepção da região do Alentejo).

d) As regiões do Norte, de Lisboa e do Vale do Tejo, caracterizam-se pela existência de programas de IP diferenciados e não articulados, enquadrados essencialmente por dispositivos legais dos Ministérios da Educação e da Segurança Social (não enquadrados pelo Despacho Conjunto 891/99).

e) As regiões do Centro e do Alentejo caracterizam-se por uma adequada articulação de serviços e rentabilização de recursos da comunidade, por uma uniformidade de procedimentos, e por incrementos de investimento na formação e na supervisão dos profissionais envolvidos nas diferentes equipas. Nestas regiões, é visível uma implementação efectiva do Despacho Conjunto 891/99.

Relativamente aos constrangimentos que dificultaram a implementação do Despacho, o relatório de avaliação salienta, entre outros aspectos:

1) Ausência na efectivação das funções de acompanhamento e avaliação intersectorial, por parte do Grupo Interdepartamental, no âmbito da IP nacional.

2) Elevada mobilidade dos profissionais afectos ao Ministério da Educação.

3) Tempo de afectação escasso dos profissionais aos programas de IP.

4) Alteração do sistema de concursos, e de afectação das educadoras de infância, às equipas de IP. Desta alteração, destaca-se a distinção, por parte do Ministério da Educação, entre Educação Especial e Intervenção Precoce.

5) Dificuldade no estabelecimento de acordos de cooperação integrados (tripartidos), entre os sectores da Educação, da Saúde, da Segurança Social e as Instituições Privadas.

6) Coexistência de diferentes modalidades de financiamento da IP, devido à ausência de previsão orçamental e de dotação financeira para a IP em cada Ministério.

Nas conclusões, o relatório de avaliação destaca algumas questões que considera fundamentais para a definição do Sistema Nacional de IP. Estas questões estão relacionadas com a população-alvo de atendimento e respectivos critérios de elegibilidade, com a estrutura organizativa dos programas de IP, e com a locação dos recursos humanos e financiamento.

Relativamente à População Alvo de atendimento e respectivos critérios de elegibilidade, o relatório salienta a pertinência da definição de critérios de elegibilidade, que englobem as crianças com atraso de desenvolvimento, em condições de risco estabelecido, biológico e/ou ambiental, e que estes critérios incluam indicadores nacionais de prioridade, passíveis de aferição local. Recomenda igualmente a manutenção da abrangência da faixa etária das crianças para a IP (0- 5 anos), definida no Despacho Conjunto 891/99, e propõe a existência de um ponto único de acesso para as crianças e suas famílias potencialmente elegíveis para a IP.

Quanto à Estrutura Organizativa dos Programas de IP, o Relatório recomenda que esta se continue a alicerçar na colaboração efectiva entre os sectores da educação, da saúde, da segurança social e entre as organizações privadas e da comunidade

Relativamente aos Recursos Humanos e Financiamento o relatório refere alguns constrangimentos relacionados com: a) a escassez de profissionais, com maior incidência nos profissionais com especialização em IP; b) a mobilidade dos profissionais nas equipas, especialmente dos profissionais adstritos ao Ministério da Educação (educadoras de infância); c) os concursos de docentes para a IP, pelo facto de não considerarem, nem darem relevo, à experiência e formação dos profissionais em IP; e d) a dificuldade em estabelecer acordos de cooperação ao abrigo do Despacho Conjunto 891/99.

Desta forma, e no sentido de minorar ou mesmo ultrapassar estes constrangimentos, é sugerida a criação de um quadro próprio de colocação de profissionais para a IP; a disponibilização para a IP de profissionais a tempo inteiro, e com condições de continuidade; a definição de um rácio mínimo de profissionais/crianças; uma maior

flexibilidade na colocação dos profissionais, e na atribuição de verbas para o seu recrutamento, e a existência de uma só entidade responsável pelo financiamento, no sentido de facilitar todo este processo.

Como reflexão final, gostaríamos de referir alguns aspectos positivos e algumas recomendações, emanadas através de pareceres de peritos nacionais e estrangeiros, acerca do despacho Conjunto 891/99. Estes pareceres foram solicitados pela Associação Nacional de Intervenção Precoce, com o intuito de alertar para a necessidade de se realizar uma reflexão aprofundada acerca do estado actual da IP em Portugal, reflexão essa que permitisse consolidar a garantia da sustentabilidade e adequabilidade do tão esperado documento legislativo enquadrador da IP (ANIP, 2007b).

Segundo Brandão (2007), o Despacho Conjunto cria condições de implementação e de reorganização das práticas de IP, permitindo eventuais correcções das assimetrias verificadas nos anteriores programas de IP existentes em Portugal, perspectivando assim, segundo Ruivo (2007) e Santos (2007), uma organização nacional, regional e local da IP.

Vários investigadores referem, igualmente, que as directrizes contidas no Despacho conjunto 891/99 são consentâneas com as práticas recomendadas pelas organizações internacionais de investigadores e de profissionais na área da IP, bem como pelos resultados das investigações nacionais e internacionais (Ruivo, 2007; Brandão, 2007; Espe-Sherwindt, 2007; Guralnick, 2007; Pinto & Grande, 2007; Santos, 2007; Serrano, 2007). Estes investigadores salientam e reforçam a importância do modelo organizativo proposto para a IP, no Despacho Conjunto, salientando a colaboração família/profissional, a articulação de serviços e apoios, o trabalho em equipa, e a elaboração do plano individualizado de intervenção (PII).

Outro aspecto valorizado nesse Despacho Conjunto é a abrangência etária das crianças elegíveis para a IP. A faixa etária abrangida, 0-5 anos, é partilhada nos pareceres elaborados pelos investigadores nacionais (Serrano, 2003a) e internacionais (Guralnick, 2007; Espe-Sherwindt, 2007; Dunst, 2007; Bailey, 2007; Carpenter, 2007; Bron & Loen, 2007; Peterander, 2007) e por várias organizações nacionais e internacionais, entre as quais destacamos a *Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP)*, a *Division for Early Childhood do Council for Exceptional Children (DEC)*, a *European Agency for Development in Special Needs Education* e o *Eurllyaid*.

Ruivo (2007) refere que o Despacho Conjunto estimulou a reflexão nas Universidades, e permitiu o desenvolvimento da investigação na área da IP, bem como a

introdução da IP nos domínios curriculares dos cursos de formação, incutindo assim a colaboração entre investigadores e serviços, nacionais e internacionais.

A referência de Ruivo (2007) à investigação pode ser constatada neste estudo, nomeadamente na referência aos estudos realizados ao nível da IP em Portugal, e no incremento e no desenvolvimento realizado ao nível dos cursos de formação na área de IP.

Neste sentido, não poderíamos deixar de destacar o trabalho meritório de algumas Instituições de Ensino Superior nesta área, nomeadamente do Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho; da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto; da Faculdade de Motricidade Humana de Lisboa; do Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa, entre outras.

Gostaríamos de referir ainda que, embora o Despacho Conjunto apresente algumas fragilidades relacionadas, na sua maioria, com a definição dos destinatários para a IP, com os critérios de elegibilidade, com a formação e supervisão dos profissionais, com a monitorização e avaliação dos programas, e com o seu financiamento, consideramos que esta peça legislativa se constituiu, e constitui como uma alicerce sólido e de qualidade no que se refere ao desenvolvimento, à organização e à implementação de programas de Intervenção Precoce de qualidade, e que dignifica o nosso país na Europa e nos Estados Unidos.

Dada a relevância do Despacho Conjunto, consideramos que ele deveria constituir-se como referência para as tão esperadas orientações políticas para a IP em Portugal, de forma a serem salvaguardados os projectos integrados de IP já consolidados no nosso país, bem como a qualidade do apoio que é prestado às crianças e suas famílias nesses programas.

Para terminar, gostaríamos de reforçar o percurso difícil mas meritório da IP no nosso país, e de zelar para que o nosso estudo possa espelhar a realidade das práticas dos profissionais portugueses relativamente à abordagem centrada na família na IP e, simultaneamente, se possa constituir como um contributo para a discussão e para a reflexão sobre a melhor forma de contextualizar práticas de qualidade na IP em Portugal.

II CAPÍTULO – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

Introdução

O presente capítulo centra-se na abordagem de alguns requisitos científicos e éticos da investigação, procurando-se acautelar os procedimentos metodológicos mais apropriados à nossa pesquisa. Assim, faremos a descrição e fundamentação da metodologia de investigação utilizada, seguindo as fases do processo de investigação.

Ao longo deste capítulo, e no quadro dos passos sucessivos de uma pesquisa, descrevemos de forma sucinta o fenómeno estudado, os seus objectivos, hipóteses, variáveis, instrumentos de recolha de dados e respectivos procedimentos. É nossa preocupação, sobre estes vários aspectos, descrever aquilo que na literatura científica na área é apontado como preocupações mais relevantes para, de seguida, apontarmos as respostas metodológicas a tais questões que foram dadas na nossa investigação. Justificamos, assim, as nossas opções metodológicas.

Por último, finalizamos o capítulo com a caracterização da amostra do estudo, e com a apresentação e análise dos resultados obtidos, através da análise de conteúdo, da análise estatística descritiva e inferencial. Estas análises versam as propriedades métricas dos resultados, ao nível dos itens e dos scores por escalas, em termos de sensibilidade, de precisão e de validade.

1- DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

As opções metodológicas adoptadas na elaboração deste estudo prenderam-se essencialmente com a motivação do investigador e com os requisitos científicos e éticos necessários à compreensão e possível explicação dos objectivos da investigação. Desta forma, optámos por uma investigação de natureza quantitativa, dada a possibilidade de recurso ao inquérito, junto de uma amostra alargada, para o estudo do fenómeno “As práticas centradas na família nos projectos de IP, em Portugal”. Por se considerar que a investigação deve constituir-se como um processo regido por códigos de princípios éticos, teve-se sempre presente, no planeamento e durante a realização deste estudo, a salvaguarda

dos direitos dos participantes à privacidade ou à não participação, ao anonimato e à confidencialidade, bem assim como a não leitura abusiva dos resultados ou sua generalização.

Pretendemos, assim, estudar e analisar uma realidade que conhecemos – *IP*, de forma realista e crítica, salvaguardando a relação de objectividade do investigador, através de um desenho de natureza quantitativa diferencial e transversal, que nos permita, através da utilização de dados quantitativos e qualitativos, coexistência considerada enriquecedora, verificar as hipóteses formuladas, determinando comparações, associações e correlações possíveis entre as variáveis definidas (Almeida & Freire, 2007; Field, 2005; Hopkins, Hopkins, & Glass, 1996; Pestana & Gageiro, 2005; Tuckman, 2000).

Assim sendo, definimos como finalidade desta investigação o estudo das práticas centradas na família nos projectos de *IP*, em Portugal (continente e ilhas). No sentido de clarificar esta finalidade, e tendo por base a revisão da literatura realizada, bem como a nossa experiência profissional, definiram-se os **objectivos** para o presente estudo.

Objectivos do Estudo

Delimitando a finalidade da nossa pesquisa, enumerámos um conjunto de objectivos, gerais e/ou específicos, a prosseguir com a presente investigação. Alguns desses objectivos prendem-se com o conhecimento e compreensão da realidade, outros vão já mais claramente no sentido do conhecimento de necessidades e de recursos disponíveis para uma intervenção na área em estudo. São, assim, objectivos do nosso estudo:

1- Traduzir e adaptar o instrumento *Brass Tacks*, versão avaliação, para profissionais;

2- Caracterizar os projectos de *IP* portugueses em termos de Distrito/Ilha onde estão implementados, seu enquadramento legal, a existência de articulação, o número de crianças atendidas e o local onde é prestado o apoio;

3- Caracterizar, do ponto de vista demográfico, os profissionais que integram os projectos de *IP* em Portugal (continente e ilhas);

4- Identificar a frequência das práticas centradas na família utilizadas pelos profissionais, nos projectos de *IP* em Portugal;

5- Identificar o grau de importância, atribuído pelos profissionais, às práticas centradas na família utilizadas nos projectos de IP em Portugal;

6- Identificar os tipos de formação (inicial, especializada e em serviço) dos profissionais de IP, e as respectivas entidades formadoras que ministram esses tipos de formação em Portugal;

7- Identificar os diferentes papéis desempenhados pelos profissionais nos projectos de IP em Portugal;

8- Identificar os pontos fortes e as fragilidades da articulação dos projectos de IP em Portugal;

9- Identificar as medidas a adoptar para a implementação das práticas centradas na família em Portugal; e,

10) Identificar as barreiras que os profissionais consideram ser impeditivas ou condicionantes para a implementação das práticas centradas na família em Portugal.

Hipóteses de Investigação

Considerando os objectivos formulados, e tendo por base a investigação realizada, bem como a necessidade de obter informação adicional, definiram-se as Hipóteses da presente Investigação. O conjunto de hipóteses formulado será organizado de acordo com as características das principais variáveis de estudo: características dos profissionais, características do projecto, e características do instrumento.

Reportando-nos à análise das práticas centradas na família, e tendo sempre em conta as duas dimensões do questionário Brass Tacks (grau de frequência e grau de importância), as seguintes hipóteses centram-se na influência das características dos profissionais nessas práticas:

H1- A formação dos profissionais (especializada e em serviço) e o tempo de serviço influenciam as práticas centradas na família;

H2- O número de crianças presentemente apoiadas pelo profissional, e a sua faixa etária, influenciam as práticas centradas na família;

H3 – O tipo de profissional (educadores de infância ou outrem) diferencia-se nas práticas centradas na família.

Da mesma forma, querendo destacar o tipo de formação dos profissionais e o quanto essa formação pode ser condicionante da qualidade das suas práticas profissionais, as duas hipóteses seguintes procuram responder a este aspecto:

H4 - A formação do profissional (inicial, especializada e em serviço) influencia o tipo de barreiras identificadas pelo profissional na implementação das práticas centradas na família, assim como o tipo de recomendações feitas à sua implementação;

H5- A formação dos profissionais (especializada e em serviço) tem influência no tipo de funções específicas desempenhadas pelo profissional, no projecto de IP.

Centrando-nos nas características dos projectos, as hipóteses seguintes procuram conhecer em que medida esses mesmos projectos são influenciados por variáveis e condicionantes do contexto em que tais projectos ocorrem. Assim:

H6- O grupo etário das crianças apoiadas (0-2 e 3-5 anos) e o local onde é prestado o apoio (domicílio, creche, jardim de infância), influenciam as práticas centradas na família;

H7- A localização geográfica dos projectos de IP influencia as práticas centradas na família, e afecta as opiniões (barreiras e recomendações) dos profissionais sobre a implementação de tais práticas;

H8- O enquadramento legal do projecto em que o profissional está inserido influencia as práticas centradas na família, a existência de articulação do projecto, e as próprias opiniões dos profissionais acerca do tipo de pontos fortes e fragilidades do projecto;

H9- A existência, ou não, de articulação no projecto de IP influencia as práticas centradas na família.

Finalmente, levantaram-se algumas hipóteses na análise dos dados, procurando atender às 4 etapas (primeiros contactos, avaliação, planificação, e intervenção) do processo de avaliação das Práticas centradas na família e sua diferenciação:

H10- Existem diferenças significativas entre as 4 etapas do apoio definidas no questionário Brass Tacks, no que se refere à frequência e à importância das práticas centradas na família;

H11- Existem diferenças significativas entre a frequência e o grau de importância das práticas nas 4 etapas do apoio definidas no questionário Brass Tacks.

H12 As variáveis que caracterizam os profissionais têm impacto significativo nas práticas centradas na família.

H13 As variáveis enquadramento legal, localização geográfica, bem como a existência de articulação dos projectos, têm impacto significativo nas práticas centradas na família.

Definição e Estatuto das Variáveis

As hipóteses de investigação formuladas basearam-se num conjunto possível de relações e associações entre as variáveis dependentes e independentes deste estudo. Deste modo, foram consideradas Variáveis Dependentes o conjunto de itens da Brass Tacks relacionados com a **frequência e grau de importância atribuído às práticas centradas na família** e como Variáveis Independentes:

Factores pessoais e profissionais dos respondentes, designadamente: formação (inicial, especializada, em serviço, temas de formação e entidades formadoras), tempo de serviço em IP, responsável de caso (número de casos) e funções específicas.

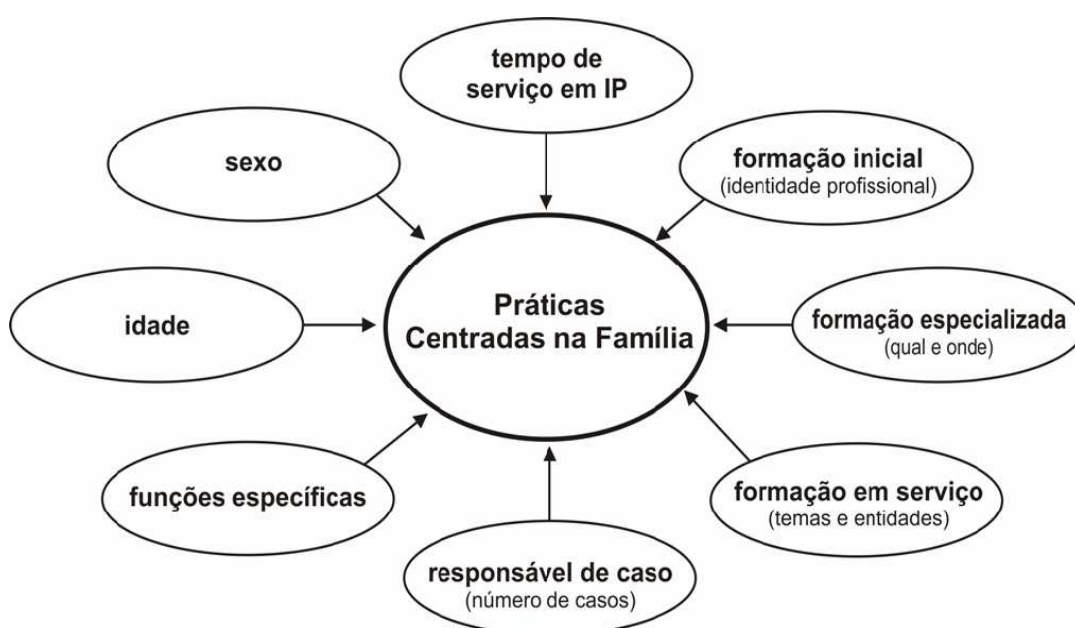


Figura 11. Variáveis referentes ao profissional

- **Factores estruturais e funcionais do projecto**, nomeadamente: distrito ou ilha onde está implementado, existência ou não de articulação, enquadramento legal, número de crianças apoiadas e local de apoio (0-2 anos, 3-5 anos), pontos fortes e fragilidades da articulação, barreiras e medidas facilitadoras da implementação das práticas centradas na família.

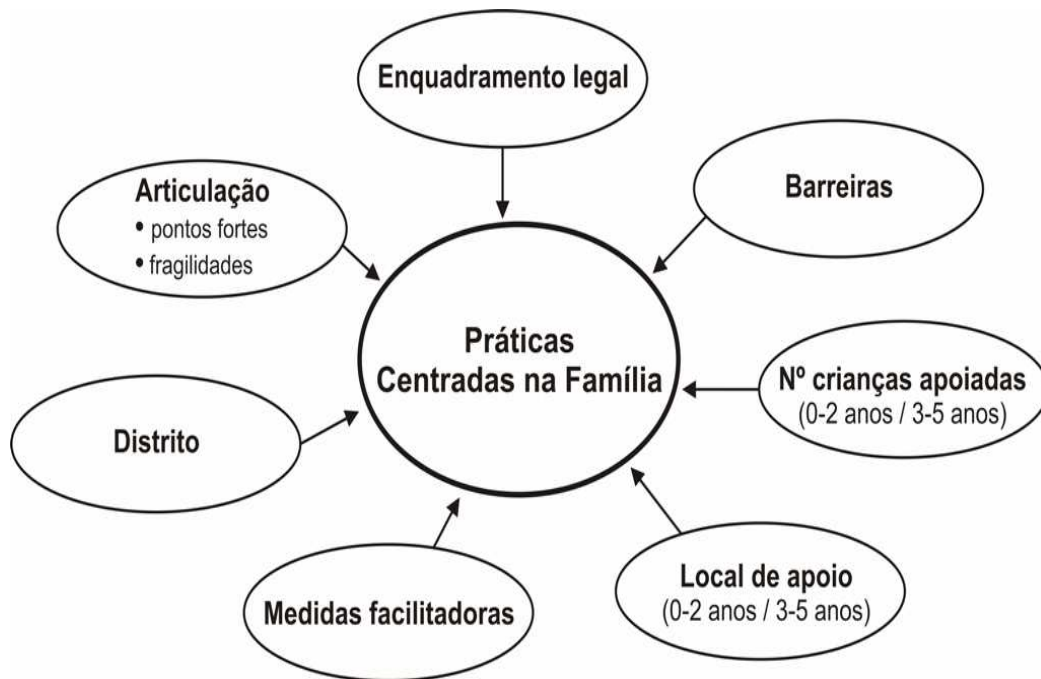


Figura 12. Variáveis referentes ao projecto

Definição da Amostra do Estudo

Ao iniciar-se o estudo, consideramos a possibilidade de abranger toda a população de profissionais que apoia directamente as famílias e as crianças nos projectos de IP, em Portugal (Continente e Regiões Autónomas). Esta intenção foi de imediato defraudada, pois não conseguimos obter resposta aos pedidos de autorização efectuados ao Ministério da Educação, via telefone, fax e e-mail. Assim, optámos por incluir na amostra deste estudo todos os profissionais que integravam, em 2007, os projectos de IP em Portugal, excluindo todas as educadoras de infância, do Ministério da Educação, que efectuem apoio monodisciplinar (um só profissional) na IP.

Tendo em conta o constrangimento referido, definimos como amostra deste estudo o conjunto de profissionais integrados nos projectos de IP existentes em todos os distritos do Continente, e nas regiões autónomas dos Açores e da Madeira (especificamente do Funchal).

No sentido de operacionalizar a definição da amostra foram enviados 1200 questionários para todos os projectos existentes em Portugal, dos quais foram devolvidos 608, perfazendo assim uma taxa de retorno de 50,7%. Dos questionários devolvidos, rejeitamos 40 por não estarem preenchidos e 10 por não estarem completamente preenchidos (ausência de informação demográfica, ou então, apenas informação demográfica).

A amostra deste estudo é, portanto, constituída por 558 profissionais, que integram os projectos de IP existentes nos 18 distritos do Continente, nas regiões Autónomas dos Açores e da Madeira (especificamente do Funchal), no ano de 2007.

2- CARACTERIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Como instrumento de recolha de dados utilizou-se um questionário, que designámos por *Brass Tacks*, composto por III Partes:

I Parte - Informação sócio-demográfica e profissional dos respondentes, como por exemplo, questões centradas na formação e nos anos de serviço;

II Parte - Questionário de identificação das Práticas centradas na família realizadas, assim como do grau de importância atribuído a essas mesmas práticas (*Brass Tacks*, versão avaliação para profissionais);

III Parte - Questões de resposta aberta, voltadas para o conhecimento de barreiras e de sugestões à própria intervenção.

I Parte – Informação Sócio–Demográfica e Profissional

Esta primeira parte do questionário foi elaborada pelo investigador, com o intuito de obter dados sócio-demográficos e profissionais relevantes para a identificação e para a caracterização dos profissionais, nomeadamente: idade, sexo, formação (inicial, especializada e em serviço), tempo de serviço em IP, número crianças que apoia (0-2 anos, 3-5 anos), local onde presta apoio (0-2 anos, 3-5anos), coordenador de caso (número de casos), e funções específicas desempenhadas.

II Parte – Questionário de Avaliação das Práticas Centradas na Família em IP - Brass – Tacks - Versão Avaliação para Profissionais

O instrumento utilizado neste estudo, *Brass Tacks*, versão avaliação para profissionais, foi desenvolvido no Frank Porter Graham Child Development Center, na University of North Carolina at Chapel Hill, por Pam. J. McWilliam e Robin A. McWilliam, em 1993. O *Brass Tacks* foi desenvolvido para apoiar os profissionais, as equipas e os projectos de IP na avaliação do grau de frequência e de importância nas suas práticas da abordagem centrada na família, tendo como objectivo, igualmente, a identificação das alterações necessárias a introduzir nos projectos ou nas práticas individuais, que permitam melhorar e aperfeiçoar as práticas centradas na família.

Embora façam parte do instrumento *Brass Tacks*, versão avaliação, duas versões, uma dirigida às famílias e outra dirigida aos profissionais, neste estudo, e após autorização dos autores (anexo C), apenas utilizámos a versão avaliação para profissionais. A *Brass Tacks*, versão avaliação para profissionais, avalia 4 Etapas dos Apoio, num total de 48 Itens, distribuídos da seguinte forma:

Etapa 1- Primeiros encontros com a família (sinalização e entrada no projecto)
(6 itens de frequência + 6 itens de importância);

Etapa 2- Identificação de objectivos de intervenção (avaliação da criança/família)
(7 itens de frequência + 7 itens de importância);

Etapa 3- Elaboração do Plano de Intervenção

(6 itens de frequência + 6 itens de importância);

Etapa 4- Prestação de serviços e de apoios (intervenção)

(5 itens de frequência + 5 itens de importância).

Este instrumento utiliza, para a avaliação da frequência e da importância das práticas, uma escala de Likert com 5 opções de resposta. Na avaliação da frequência das práticas, as opções de resposta estão distribuídas, respectivamente, por: nunca (1); raras vezes (2); algumas vezes (3); usualmente (4); e sempre (5). Relativamente à avaliação da importância das práticas, as opções de resposta estão distribuídas por: nada importante (1); por vezes importante (2); importante (3); muito importante (4); e importantíssimo (5).

A *Brass Tacks* inclui, nos seus formulários, as seguintes instruções de resposta:

**Passo 1:* Classifique-se a si próprio em cada prática

Leia atentamente cada uma das questões. Faça um círculo à volta do número (de 1 a 5) que melhor retrata a frequência com que demonstra este tipo de prática. Ao avaliar-se, tenha em consideração todas as famílias que apoia.

**Passo 2:* Classifique o grau de importância que cada prática tem para si

Faça um círculo à volta do número (de 1 a 5) que melhor retrata o grau de importância que atribui a cada prática.

**Passo 3:* Responda às questões formuladas

Clarifique alguns aspectos referentes ao projecto onde presta apoio e às funções específicas que considera desempenhar. Para terminar, mencione a sua opinião relativamente às barreiras e às medidas facilitadoras da implementação das práticas centradas na família, em Portugal.

Após autorização dos autores, o instrumento Brass-Tacks, versão avaliação para profissionais (McWilliam & McWilliam, 1993), foi traduzido pela investigadora para a língua portuguesa, procurando manter-se, sempre que possível, ao longo deste processo, a

fidelidade ao instrumento original. Após esta tradução, solicitou-se a uma especialista em IP, que simultaneamente é orientadora deste estudo, com conhecimento fluente da língua inglesa escrita e falada, a respectiva revisão da tradução. Após esta revisão, foi solicitado a um profissional bilingue, de naturalidade americana, a realização da retroversão da tradução realizada. Esta retroversão certifica a tradução efectuada, designadamente no que se refere à constância do significado original do instrumento, não se tendo verificando problemas relativos à polissemia (Ghiglione & Matalon, 1997; Hill & Hill, 2002; Iarossi, 2006).

III Parte - Questões de Resposta Aberta

Nesta III parte do instrumento, solicita-se aos profissionais que clarifiquem alguns aspectos referentes ao projecto, se é ou não um projecto articulado e qual o seu enquadramento legal. Para a recolha deste tipo de informações, utilizaram-se questões fechadas. Termina-se utilizando um conjunto de 4 questão de resposta aberta, com espaço de resposta limitado, em que se pede aos profissionais que refiram aspectos como os pontos fortes e as fragilidades da articulação do projecto, caso esta exista; que descrevam as funções específicas que desempenham no projecto, para além da função de coordenador de caso, e que identifiquem 3 barreiras e 3 medidas facilitadoras da implementação das práticas centradas na família, no nosso país.

Pré-teste

Após a elaboração final do Instrumento, partes I, II, e III, realizou-se um pré-teste a 20 profissionais que incluem a população intencional do estudo, embora não tenham sido incluídos na amostra. Do conjunto destes profissionais, doze estavam a frequentar o Mestrado de IP na Universidade do Minho e possuíam formações iniciais diversificadas (Psicologia, Educação de Infância, Terapias/Reabilitação, etc.) e oito estavam integrados em vários projectos de IP (com formações iniciais diversificadas), possuindo quatro deles, formação especializada em IP.

A administração do instrumento aos 12 profissionais foi efectuada numa das aulas de Mestrado. Após a apresentação da investigadora e da finalidade do estudo, foi solicitado a estes alunos que, individualmente, respondessem ao instrumento na sua globalidade, e que anotassem todos os aspectos que considerassem relevantes para a compreensão, para a clareza e para a adequação do instrumento aos profissionais de IP portugueses. Foi-lhes dito que, no final, seriam discutidos todos os aspectos que considerassem relevantes para a melhoria da qualidade do instrumento.

Foram dadas as mesmas explicações aos restantes oito profissionais, tendo-lhes sido solicitado o preenchimento individual do instrumento, e a anotação dos aspectos considerados relevantes, para que, à posteriori, reunissem individualmente com a investigadora para discutirem esses aspectos, e a sua pertinência para a melhoria da qualidade do instrumento.

Assim, após as discussões e reflexões realizadas com os profissionais que realizaram o pré-teste, considerou-se pertinente: (i) Inverter a ordem do item 1 e 2 da *Etapa 4: Prestação de serviços/apoios diários*, por se considerar que o item 2 era mais específico do que o item 1 e que, a manter-se a ordem original, os profissionais, ao responderem ao item 1 poderiam considerar que já tinham respondido ao item 2, respondendo da mesma forma; (ii) Alterar a estrutura de apresentação da II Parte do instrumento (Brass Tacks), relativamente à versão original, nomeadamente criar duas grelhas distintas para a avaliação, respectivamente, da Frequência e da Importância das práticas, e utilizar-se linhas para separar os itens entre si.

Definiu-se, igualmente, que o tempo médio de preenchimento do questionário seria 20 minutos. Deste conjunto de alterações, resultou a versão final do instrumento adoptada neste estudo, que pode ser consultada no anexo A.

3- RECOLHA DE DADOS E PROCEDIMENTOS

A recolha de dados realizou-se de Maio a Dezembro de 2007, e os procedimentos realizados envolveram um grande investimento económico e de tempo, pois foram efectuados contactos frequentes e repetidos, pessoalmente, ou via mail, fax, telefone e telemóvel, alguns deles envolvendo deslocações de longa distância. Estabelecemos pois, contactos com algumas entidades, para determinar o número de projectos de IP existentes em cada Distrito do Continente e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Entre essas entidades, salientamos:

- Ministérios e Secretarias Regionais da Educação, da Saúde e da Segurança Social; Secretariado Nacional da Reabilitação; Grupo Interdepartamental da IP; Associação Nacional de IP (ANIP); Instituições e Cooperativas de Solidariedade Social e Câmaras Municipais, localizadas nos Concelhos ou Distritos onde existem Projectos de IP.

Após este primeiro levantamento, identificámos e contactámos as Equipas de Coordenação Distrital da IP, ou elementos responsáveis pelos projectos, estabelecendo como objectivo:

1. A explicação dos objectivos do estudo e da metodologia a utilizar na recolha de dados;
2. O pedido de autorização às equipas de Coordenação, ou aos elementos responsáveis, para a realização do estudo (contacto pessoal, ou por mail, fax, telefone e telemóvel);
3. A identificação do número de Equipas de Intervenção Directa (EID) existentes nos projectos de IP;
4. A obtenção dos contactos das EID.

Estabelecemos, posteriormente, contactos com as EID (pessoais, telefone, mail, fax). Nesses contactos procedemos:

1. À explicação dos objectivos do estudo e da metodologia a utilizar na recolha de dados;
2. Ao pedido de colaboração para o preenchimento do instrumento utilizado;
3. À identificação do número de profissionais que compõem as EID;

4. À definição da forma de envio dos questionários (para as equipas de coordenação; para as EID e/ou directamente para os profissionais), e das datas mais convenientes para o envio.

Estes procedimentos permitiram-nos elaborar uma lista nacional de projectos de IP, com os respectivos endereços e contactos. Deste modo, foram expedidos (pelo correio ou entregues pessoalmente) 1220 questionários, que incluíam uma carta de apresentação; o questionário (partes I, II e III); um envelope selado, com o endereço de resposta do investigador; e uma pequeníssima lembrança (mini-lápis), com a qual se pretendia, com simplicidade e com carinho, agradecer a colaboração dos participantes.

Na carta de apresentação (anexo B), fundamentou-se, de forma concisa, a legitimidade do estudo e do investigador, os objectivos da investigação, a salvaguarda da confidencialidade e do anonimato dos participantes, e a definição de algumas orientações, nomeadamente a solicitação de preenchimento do questionário no prazo de uma semana, após a sua recepção, e formas de contactar o investigador (telefone, telemóvel, e-mail e fax), em caso de necessidade.

Após terem decorrido, 3 semanas da data de envio dos questionários, realizaram-se novos contactos por telefone com as EID que não tinham devolvido o instrumento, no sentido de solicitar o seu envio, avançando-se com a possibilidade de o investigador reenviar, se necessário, uma nova cópia do questionário (via fax, e-mail ou correio).

4- MÉTODOS DE ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Análise dos Dados Quantitativos

Para tratamento dos dados recolhidos, procedeu-se à análise estatística dos resultados obtidos, através da utilização dos modelos da estatística descritiva e inferencial. Inicialmente, efectuou-se a codificação de todas as variáveis independentes e dependentes que, posteriormente, foram introduzidas e analisadas através da base de dados do projecto informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), na versão 15.0 para Windows (Field, 2005).

Com a utilização da estatística descritiva, pretendeu-se descrever, de forma sumária, algumas características de uma ou mais variáveis obtidas através da recolha de dados (Hill & Hill, 2002). A sua utilização permitiu-nos organizar e interpretar os resultados numéricos, através da utilização de medidas de frequências absolutas, de frequências relativas (%), e de medidas de tendência central: média, mediana e desvio padrão.

A estatística inferencial permitiu-nos efectuar o estudo das relações entre variáveis (Pestana & Gageiro, 2005). Neste estudo, utilizou-se o teste *t de Student*, para comparação de amostras independentes; a análise de variância univariada e multivariada (*ANOVA* e *MANOVA*), para analisar o efeito de mais do que uma variável independente em variáveis dependentes; a *correlação de Pearson*, para analisar a relação entre os valores de duas variáveis quantitativas; o χ^2 , para analisar a relação de dependência entre variáveis; e a *análise de regressões múltiplas*, para determinar as variáveis que influenciam as práticas centradas na família, permitindo sequenciar ou hierarquizar as diferentes variáveis. O nível de significância estatístico mínimo adoptado foi de .05 (* $p \leq 0.05$), sendo os valores de significância estatística de .01 e de .001 considerados, respectivamente, de muito e de extremamente significativos.

Propriedades Psicométricas do Questionário *Brass Tacks*

Realizou-se uma análise exploratória das Propriedades Psicométricas/Metrológicas do instrumento de recolha de dados utilizado, o *Brass Tacks*, nomeadamente a fiabilidade, a sensibilidade e a validade, propriedades que passaremos a descrever, sucintamente (Almeida & Freire, 2007; Hill & Hill, 2002; Hopkins et al., 1996; Pallant, 2001; Pestana & Gageiro, 2005; Tuckman, 2000).

Fiabilidade do Questionário *Brass Tacks*

Para determinar a fiabilidade do questionário, ou seja, o grau de confiança ou de exactidão que podemos ter na informação obtida, foi analisada a consistência interna dos

itens do questionário, através do método *Alpha de Cronbach*. A consistência interna dos itens permite-nos definir a proporção ou grau de uniformidade e coerência entre as respostas dos participantes no estudo (Almeida & Freire, 2007; Pestana & Gageiro, 2005; Tuckman, 2000). O valor obtido através do *Alpha de Cronbach* para a totalidade dos itens do questionário Brass Tacks, frequência e importância das Práticas, situou-se em .85 e .90, respectivamente. Estes valores ultrapassam os mínimos exigidos (Almeida & Freire, 2007), sendo considerados apropriados por Hill e Hill (2002). Posteriormente, realizou-se o cálculo do coeficiente de alfa, eliminando-se algum item mais fragilizado em termos da sua correlação com o total. Em nenhum dos casos, os índices de novo obtidos aumentava substancialmente o nível de consistência interna do questionário.

Quadro 9.

Coefficiente de Consistência Interna de Cronbach para a Totalidades dos Itens que Compõem as 4 Etapas de Questionário, subdivididos em Frequência e Importância das Práticas

Conjunto de Itens	<i>Alpha Cronbach</i>
Totalidade de itens frequência das práticas	.853
Totalidade de itens importância das práticas	.899

Posteriormente, foi determinado o *Alpha de Cronbach* para cada grupo de itens que compõem as 4 etapas do questionário: Primeiros contactos; Avaliação; Planificação, e Intervenção. Os índices estão indicados no Quadro 10.

Quadro 10.

Coefficiente de consistência interna de Cronbach das 4 etapas de questionário Brass Tacks (frequência+importância)

Conjunto de Itens	Alpha Cronbach
Etapa 1 – Primeiros Contactos (PC)	.69
Etapa 2 – Avaliação (AV)	.85
Etapa 3 – Planificação (PLAN)	.86
Etapa 4 – Intervenção (INTER)	.82

Os índices de consistência obtidos são apropriados ao objectivo da avaliação, mesmo verificando-se um valor mais reduzido de *Alpha* na Etapa 1 (.69). Este valor é apontado em alguma literatura como o limiar mínimo exigido para este tipo de questionários (Almeida & Freire, 2007).

Sensibilidade do Questionário Brass Tacks

A análise da sensibilidade do instrumento permitiu-nos definir o grau em que os resultados obtidos aparecem distribuídos, diferenciando os sujeitos entre si nos seus níveis de realização (Almeida & Freire, 2007). Olhando os resultados obtidos, podemos concluir que, em termos de sensibilidade do instrumento, os valores são adequados. Assim, os valores da média e da mediana são próximos, e a maioria dos valores dos coeficientes de assimetria e de Curtose não ultrapassam a unidade (Almeida & Freire, 2007). Considera-se aceitável o valor da curtose na etapa planificação pois, segundo George e Mallery (1999), os valores podem considerar-se excelentes quando variam entre 0 e + ou -1, e aceitáveis entre + ou -2. A amostra, quando comparada com os parâmetros da curva normal, pode considerar-se praticamente normal, isto é, não distorcida.

Quadro 11.

Análise da Sensibilidade da Média das Etapas do Instrumento Brass Tacks

Etapas Brass Tacks	Média	Mediana	Desvio Padrão	Assimetria	Curtose
PCI	3,98	4,00	,507	-,375	,026
PCF	3,90	4,00	,465	-,675	,585
AVF	3,70	3,79	,608	-,557	,152
AVI	3,84	3,86	,635	-,361	-,369
PLANF	3,99	4,00	528	-,877	1,257
PLANI	4,09	4,17	618	-,563	-,035
INTERF	3,97	4,00	510	-,409	,171
INTERI	4,06	4,00	597	-,273	-,632

Validade do Questionário *Brass Tacks*

A Validade analisa a adequação, o significado e a congruência do instrumento, designadamente se tem a capacidade de avaliar ou de medir aquilo que pretende medir, bem como a possibilidade de realizar inferências a partir dos resultados obtidos (Almeida & Freire, 2007). Para apreciar a validade do questionário utilizado neste estudo, o *Brass Tacks*, procedemos à Análise Factorial dos respectivos itens, de forma a explicar a correlação entre os itens do questionário, simplificando os dados através da sua redução em Factores e, assim, conhecermos a estrutura dimensional do próprio questionário.

Tendo em conta que a análise factorial obriga à existência de correlações entre os itens, procedeu-se à análise da adequabilidade do questionário em relação à análise factorial. Utilizou-se o teste de *Bartlett's*, e considerou-se uma probabilidade menor ou igual a .05. Simultaneamente, utilizou-se o teste de *Kaiser Meyer Olkin* (KMO), para analisar se a distribuição dos dados era ideal para a realização da análise factorial. Assim, pela análise do quadro 12, constata-se que é possível efectuar a análise factorial dos itens da escala, porque os dados não são matriz de identidade, ou seja, o índice KMO situou-se

em 0.82, valor considerado *Bom* no que se refere à medida de adequação da amostragem (Maroco, 2003), sendo também significativo o índice de esfericidade.

Quadro 12.

Análise da Adequabilidade do Instrumento em Relação à Análise Factorial

	KMO	<i>Bartlett's test</i>	Probabilidade
Total Itens	.821	15075,808	.000***

Para se proceder ao cálculo da validade, utilizou-se a Análise Factorial exploratória dos itens, para os dois questionários, frequência e importância, seguida de uma rotação *varimax*, uma vez que se pretendeu identificar, através de inter-relações, Factores ou dimensões que possam ter significado, tentando-se igualmente compreender a importância de cada um dos Factores ou dimensões no resultado final.

A análise factorial para os itens relacionados com a frequência das práticas, identificou 7 Factores, de acordo com a regra de Keiser ($\text{eigenvalue} > 1$), que explicam cerca de 56,62 % da variância total. A análise factorial para os itens relacionados com a importância das práticas identificou, igualmente, 7 Factores, que explicam uma variância total de 57,18%. Contudo, dado que os itens se encontram distribuídos, nos dois questionários, de uma forma dispersa, de difícil enquadramento confirmatório, tendo em conta a teorização e investigação nas práticas centradas na família, realizou-se uma nova análise factorial, optando-se pela solução de extracção de 5 Factores. Os 5 Factores pareceram ser aqueles que melhor se adequam ao constructo do questionário utilizado neste estudo.

O quadro 13 apresenta os 5 Factores, os seus valores próprios, e a percentagem de variância explicada por cada um deles, bem como as saturações factoriais dos 24 itens do questionário e a comunalidade atingida.

Quadro 13.

Estrutura Factorial após Rotação Varimax do Questionário Frequência das Práticas Centradas na Família

Itens das Etapas	Factores					
	2 h	I	II	III	IV	V
Avaliação5_f	,632	,756				
Planificação1_f	,597	,709				
Avaliação6_f	,478	,633				
Planificação2_f	,471	,543	,346			
Avaliação2_f	,378	,487				
Planificação5_f	,548		,626			
Planificação4_f	,457	,301	,556			
Primeiros contactos1_f	,317		,513			
planificação3_f	,291		,511			
Avaliação4_f	,432		,438		,397	
Avaliação7_f	,399	,340	,413			
intervenção3_f	,572			,730		
Primeiros contactos4_f	,419			,594		
intervenção4_f	,459			,499		,403
intervenção5_f	,418			,443		,443
Primeiros contactos5_f	,285			,414		
planificação6_f	,380			,385	,329	
intervenção1_f	,724				,839	
intervenção2_f	,705				,785	
Primeiros contactos6_f	,448		,376	,359	,411	
Primeiros contactos3_f	,258				,374	
Primeiros contactos2_f	,626					,770
avalição1_f	,598					,684
Avaliação3_f	,556	,439				,534
Valores próprios ou específicos (<i>Eigenvalues</i>)		5,923	1,584	1,391	1,306	1,243
Variância Explicada (Total Acumulada: 47,7)		11,531	9,252	9,035	9,008	8,869

Assim, a estrutura factorial do questionário frequência das práticas explica 47,7% da variância total dos resultados, sendo os restantes justificados pelo acaso, ou por qualquer outra variável não contemplada ou não identificada neste estudo.

O *Factor I* explica aproximadamente 11,531 % da variância total da escala, e é saturado nos itens av2, av5, av6, plan1 e plan2. A este factor chamámos **Decisões da Família**.

O *Factor II* explica aproximadamente 9,252% da variância total do questionário, e é saturado nos itens av4, av7, plan3, plan4 e plan5. A este factor chamámos **Aspectos Relacionais (Sensibilidade/Interesse/Respeito)**.

O *Factor III* explica aproximadamente 9,035% da variância total do questionário, e é saturado nos itens pc4, pc5, plan6, interv3, interv4 e interv5. A este factor chamámos **Acessibilidade Apoios/Serviços** (prontidão na resposta).

O *Factor IV* explica aproximadamente 9,008% da variância total do questionário, e é saturado nos itens pc3, pc6, interv1 e interv2. A este factor chamámos **Reforço de Competências**.

O *Factor V* explica aproximadamente 8,869% da variância total do questionário, e é saturado nos itens pc2, av1, 1v3, interv1 e interv2. A este factor chamámos **Elementos Facilitadores da Escolha**.

Relativamente ao questionário importância das práticas, a estrutura factorial explica 52,9% da variância total dos resultados, sendo os restantes justificados pelo acaso, ou por qualquer outra variável não contemplada ou não identificada neste estudo. O quadro...apresenta os 5 Factores, os seus valores próprios, e a percentagem de variância explicada por cada um deles, bem como as saturações factoriais dos 24 itens do questionário e a sua comunalidade.

O *Factor I* explica aproximadamente 16.695% da variância total do questionário, e é saturado nos itens av2, av5, av6, av7, plan1, plan2, plan3, plan4 e plan5. A este factor chamámos **Capacidade de Decisão da Família**.

O *Factor II* explica aproximadamente 12,455% da variância total do questionário, e é saturado nos itens plan6, interv1, interv2, interv3, interv4 e interv5. A este factor chamámos **Reforço de Competências da Família**.

O *Factor III* explica aproximadamente 8,306% da variância total do questionário, e é saturado nos itens pc1, pc3 e av4. A este factor chamámos **Aspectos Relacionais** (Sensibilidade/Interesse/Respeito).

O *Factor IV* explica aproximadamente 7,915% da variância total do questionário, e é saturado nos itens pc4, pc5 e pc6. A este factor chamámos **Acessibilidade Apoios/Serviços** (prontidão na resposta).

O *Factor V* explica aproximadamente 7,571% da variância total do questionário, e é saturado nos itens pc2, av1 e av3. A este factor chamámos **Elementos Facilitadores da Escolha**.

Quadro 14.

Estrutura Factorial após Rotação Varimax do Questionário Importância das Práticas Centradas na Família

Itens das Etapas	Factores					
	2 H	I	II	III	IV	V
Planificação1_i	,597	,770	,312			
Avaliação5_i	,632	,740				
Planificação2_i	,471	,657				
Avaliação7_i	,399	,615				
Planificação4_i	,457	,578		,458		
Avaliação6_i	,478	,552				,322
Planificação5_i	,548	,497		,491		
Avaliação2_i	,378	,438			,335	
Planificação3_i	,291	,408				
Intervenção2_i	,705		,771			
Intervenção1_i	,724		,749			
Intervenção3_i	,572		,612		,322	
Intervenção4_i	,459	,382	,533			
Intervenção5_i	,418		,525			
Planificação6_i	,380	,387	,455	,303		
Primeiros contactos1_i	,317			,660		
Avaliação4_i	,432			,498	,307	
Primeiros contactos3_i	,258			,490		,323
Primeiros contactos4_i	,419				,754	
Primeiros contactos5_i	,285				,660	
Primeiros contactos6_i	,448			,396	,493	
Primeiros contactos2_i	,626					,748
Avaliação3_i	,556	,360				,597
Avaliação1_i	,598	,327				,507
Valores próprios ou específicos (Eigenvalues)		7,622	1,434	1,345	1,246	1,059
Variância Explicada (Total acumulada: 52,9)		16,695	12,455	8,306	7,915	7,571

Definidos os vários factores ou dimensões a considerar na análise do questionário, procedemos ao estudo da consistência interna destes diversos Factores ou dimensões. Para determinar a fiabilidade dos Factores obtidos através da análise factorial, ou seja, o grau de confiança ou de exactidão que podemos ter na informação obtida, foi analisada a consistência interna dos Factores definidos para a frequência e para o grau de importância das práticas centradas na família, através do *Alpha de Cronbach*. Posteriormente, realizou-se o cálculo do alfa, se eliminado um item.

Pela análise do quadro 15, pode constatar-se que o grau de consistência interna aumenta no Factor II, se eliminado o item Primeiros Contactos1, e no Factor III se eliminado o item Primeiros Contactos3. Após eliminação destes itens, pode afirmar-se que a consistência interna é Razoável para o Factor I e Fraca para os restantes Factores (II, III, IV e V) (Pestana & Gageiro, 2005).

Quadro 15.

Coefficiente de Consistência Interna de Cronbach dos 5 Factores da Frequência das Práticas Centradas na Família

Conjunto de Itens	Alpha Cronbach	Alpha Cronbach Item Eliminado
Factor I	.74	
Factor II	.60	.62
Factor III	.66	
Factor IV	.63	.64
Factor V	.61	

Relativamente à consistência interna dos Factores definidos para o grau de importância das práticas centradas na família, pode verificar-se pela análise do quadro 16 que o factor I apresenta uma consistência boa, o factor II, razoável, o factor III, inadmissível, os Factores IV e V uma consistência interna fraca. Verificou-se, igualmente, que não existe nenhum item que, se removido melhore substancialmente a consistência interna dos Factores (Pestana & Gageiro, 2005).

Quadro 16

Coefficiente de Consistência Interna de Cronbach dos 5 Factores da Importância das Práticas Centradas na Família

Conjunto de Itens	Alpha Cronbach
Factor I	.85
Factor II	.78
Factor III	.46
Factor IV	.57
Factor V	.62

Análise dos Dados Qualitativos (Questões Abertas)

Na análise dos dados obtidos através das questões abertas (questão nº 10.1, da I Parte do questionário e questões 1.1, 2.1, 3 e 4 da III Parte), utilizou-se o método de análise de conteúdo, para identificar categorias emergentes, sendo considerada como unidade de análise a frase. Salvaguardou-se os critérios de unidimensionalidade, de exaustividade, de exclusividade e de independência na elaboração das categorias (Lincoln & Guba, 1985).

O sistema de codificação foi definido de forma indutiva, pois as categorias emergiram dos dados, e dedutiva, já que alicerçamos as nossas opções em categorias e em sub-categorias definidas em outros estudos de investigação, dos quais salientamos, entre outros, o estudo de Bailey, Buysse, Edmondson, e Smith (1992) e o de Bjorck-Akesson e Granlund (1995), e tendo igualmente por base o quadro de referências teórico e a experiência do investigador.

Iniciamos o processo de análise dos dados realizando uma leitura global dos questionários, onde íamos assinalando com cores diferentes aspectos, que na nossa opinião, poderiam ser agrupados. Esta primeira análise permitiu-nos a definição de algumas categorias possíveis para os dados agrupados, deixando por agrupar os dados que não encaixavam nessas categorias, e que nos suscitavam algumas dúvidas de exclusividade em relação a essas categorias.

Numa segunda análise, verificámos de novo os dados incluídos em cada categoria, determinando algumas sub-categorias dentro dessa categoria inicial, por se considerar que esses dados permitiam clarificar e especificar aspectos relevantes dessa categoria. A definição de sub-categorias permitiu-nos igualmente englobar os itens não agrupados até esse momento.

Numa terceira fase, verificámos todos os dados incluídos nas categorias, e sub-categorias e solicitamos a um perito em IP a avaliação externa da análise realizada e a sua adequação em termos de categorias e de sub-categorias.

A partir da análise realizada pelo avaliador externo, e não se tendo verificado quaisquer tipos de discordância com as categorias pré-estabelecidas pelo investigador, definiram-se, em conjunto, novas sub-categorias dentro das categorias definidas, por se considerar a possibilidade de agrupar de forma mais específica alguns dos dados inicialmente incluídos nessas categorias.

Na figura 13 apresentaremos as diferentes fases de codificação dos dados obtidos nas questões de resposta aberta.

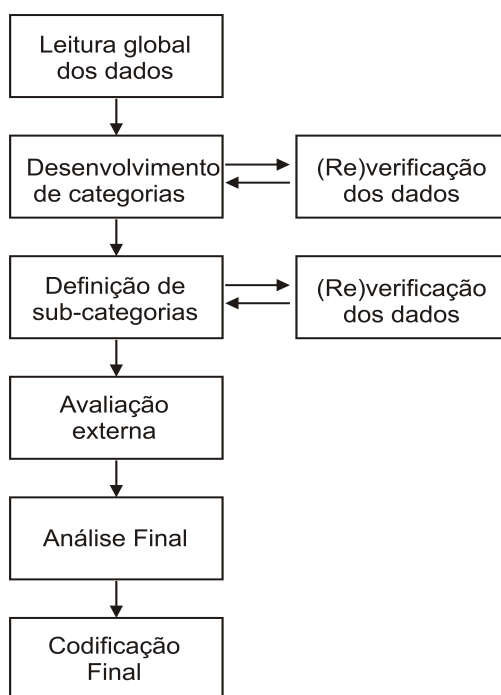


Figura 13. Processo/fases de elaboração das categorias.

Devido ao grande número de dados de análise, as questões abertas tiveram procedimentos de análise estatística diferenciados, nomeadamente a utilização da estatística descritiva e da estatística inferencial.

Com a análise através da estatística descritiva pretendeu-se descrever a frequência e a percentagem de referências obtidas, tendo em conta as categorias definidas, pois alguns autores referem a importância deste tipo de análise para a compreensão e para a comparação dos dados obtidos, relacionando a frequência de referências de determinada categoria com o grau de importância que essa categoria tem para o respondente (Ghiglione & Matalon, 1997). Com a análise inferencial, pretendeu-se cruzar as categorias definidas com a variável dependente e com algumas das variáveis independentes definidas neste estudo, no sentido de obter possíveis relações e associações. Com a análise descrita anteriormente, pretende definir-se e clarificar possíveis formas de resposta às questões de investigação formuladas.

5- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Caracterização Sócio-Demográfica e Profissional da Amostra do Estudo

Participaram neste estudo 558 profissionais inseridos nos diferentes projectos de IP existentes em Portugal Continental e Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

Relativamente à idade dos sujeitos da amostra, pode verificar-se que a amplitude da variável é bastante significativa, sendo a idade mínima de 21 anos e a máxima de 61 anos. A média de idades é de 36 anos e 41 dias, e o desvio padrão de 8, 42, como pode ser constatado no quadro 17. Podemos igualmente referir que 50% dos sujeitos da amostra têm idade igual ou inferior à média (36,41).

Quadro 17.

Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Variável Idade

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	558	21	61	36,41	8,42

Relativamente ao género, pode verificar-se que 94,1% (n=525) dos sujeitos da amostra são do sexo feminino e que 5,9% (n=33) são do sexo masculino, como pode ser observado no quadro 18.

Quadro 18.

Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Variável Género

		Frequência	Percentagem
Género	Masculino	33	5,9
	Feminino	525	94,1
Total		558	100,0

No que se refere à variável Anos de serviço em IP, pode verificar-se que esta varia entre 1 e 30 anos, com um valor médio de 4 anos e 83 meses (4,83), e um desvio padrão de 4,48 como pode ser constatado no quadro 19. Dos 558 profissionais, 341 (61,1%) situam-se no intervalo entre 1 e 4 anos de serviço, 139 (24,9%), no intervalo entre 5 e 9 anos de serviço, e 78 (14%), entre 10 ou mais anos de serviço.

Quadro 19.

Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Variável Anos de Serviço em IP

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Anos de serviço em IP	558	1	30	4,83	4,477

Quanto à formação inicial dos profissionais envolvidos nas equipas, pode verificar-se que existe uma grande diversificação de formações (18 formações referidas), e que predominam as formações ao nível da Educação de Infância, da Psicologia e do Serviço Social, como pode ser constatado no quadro 20. Salienta-se, igualmente, uma frequência significativa de profissões relacionadas com a área da Saúde, nomeadamente Enfermagem, Terapias e Medicina.

Outra profissão que gostaríamos de destacar é a de Técnico Superior de Educação Especial e Reabilitação, não apenas por ser a formação inicial da investigadora, mas por ser a única formação inicial específica em IP, em Portugal.

Quadro 20.

Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Variável Formação Inicial

Formação Inicial	Frequência	Porcentagem
Educação de Infância	184	33,0
Psicóloga	93	16,7
Técnicos de Serviço Social	65	11,6
Enfermeiro(a)	42	7,5
Terapeuta da Fala	41	7,3
Terapeuta Ocupacional	38	6,8
Fisioterapeuta	33	5,9
Técnico de Educação Especial e Reabilitação	27	4,8
Médico	13	2,3
Educadora Social	5	,9
Professor	5	,9
Sociólogo	3	,5
Técnico de Política Social	3	,5
Prof. Educação Física	1	,2
Auxiliar Acção Pedagógica	1	,2
Técnico de Ciências Educação	1	,2
Técnico de Psicopedagogia Curativa	1	,2
Formadora Língua Gestual Portuguesa	1	,2
TOTAL	558	100,0

Relativamente à variável formação especializada, apenas 160 (28,7%) dos 558 sujeitos da amostra referem ter formação especializada, como pode ser constatado no quadro 21.

Quadro 21

Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Variável Formação Especializada

Formação Especializada	Frequência	Porcentagem
Não	398	71,3
Sim	160	28,7
Total	558	100,0

Os 160 sujeitos da amostra com formação especializada enquadram-se em diferentes categorias de formação, como: Educação Especial (com a sub-categoria IP); Psicologia; Saúde; Ciências da Educação; Outras (ver quadro 22). A formação especializada enquadra-se e distribui-se por diferentes graus, dos quais destacamos os mestrados, as especializações e/ou as pós-graduações.

Quadro 22.

Categorias da Formação Especializada dos Sujeitos da Amostra

Categorias	Sub-categoria
Educação Especial N=101	Intervenção Precoce
Saúde N=37	
Psicologia N=10	
Ciências da Educação N=8	
Outras N=4	

Relativamente à categoria **Educação Especial**, pode constatar-se no quadro 23 que a formação especializada dos participantes é diversificada, com predominância das

Especializações em Educação Especial em variados domínios (55 referências), dos Cursos de Educação Superior Especializados (16 referências), dos Cursos de Qualificação em Educação Especial (11 referências), e dos Mestrados em Educação Especial/IP (11 referências), e que 101 participantes no estudo se enquadram neste tipo de formação.

Quadro 23.

Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Categoria Educação Especial da Variável Tipo de Formação Especializada

Tipo de Formação	Frequência	Porcentagem
Especialização Educação Especial/ Cognitivo/Motor	36	6,5
Curso de Educação Superior Especializado em Educação Especial (CESE)	14	2,5
Curso Qualificação Educação Especial (CQEE)	11	2,0
Mestrado IP	8	1,4
Especialização Educação Especial / Problemas Graves/Cognição	6	1,1
Especialização Educação Especial / Multideficiência/Cognitivo	6	1,1
Diploma Estudos Superiores Especializados Educação Especial (DESE)	5	,9
Especialização em Educação Especial / Necessidades Educativas Especiais	4	,7
Mestrado Educação Especial	3	,5
Especialização Educação Especial/ Problemas Audição	3	,5
Curso de Educação Superior Especializado em Necessidades Específicas de Educação (CESE)	2	,4
Pós-Graduação IP	2	,4
Pós-Graduação Educação Especial	1	,2
TOTAL	101	18,2

Relativamente à categoria **Saúde**, esta é referida por 37 dos participantes deste estudo, e distribui-se por diferentes graus, como pode ser constatado no quadro 24.

Quadro 24.

Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Categoria Saúde da Variável Tipo de Formação Especializada

Tipo de Formação	Frequência	Percentagem
Mestrado Saúde Comunitária	1	.2
Mestrado Comunicação na Saúde	2	.4
Especialização Medicina Geral e Familiar	3	.5
CESE Enfermagem/Saúde Infantil e Pediátrica	3	.5
Especialização Pediatria	1	.2
Pós-Graduação Saúde Mental e Psiquiátrica	1	.2
Pós-Graduação Saúde Pública	1	.2
Pós-Graduação Terapia Familiar	6	1,1
Pós-Graduação em Reabilitação e Inserção Social	1	.2
CESE Enfermagem na Comunidade	8	1,4
Pós-Graduação Neurodesenvolvimento	6	1,1
CESE Administração em Enfermagem	1	.2
Especialização em Reabilitação	2	,4
Especialização Saúde Materna e Familiar	1	,2
TOTAL	37	6,8

Quanto à categoria Psicologia, da variável tipo de formação especializada, pode igualmente verificar-se que, dos 558 participantes no estudo, 10 referem possuir formação nesta categoria, e que existe igualmente uma variabilidade no tipo de formação, como pode ser verificado no quadro 25.

Quadro 25.

Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Categoria Psicologia da Variável Tipo de Formação Especializada

Tipo de Formação	Frequência	Porcentagem
Pós-Graduação Psicoterapia Clínica	4	.7
Mestrado Psicologia Educacional	1	,2
Pós-Graduação Terapias Comportamentais / Cognitivas	1	,2
Especialização em Educação e Orientação Vocacional	1	,2
Pós-Graduação Consulta Psicológica e Familiar	1	,2
Mestrado Psicologia Clínica	1	,2
TOTAL	10	1,9

Na categoria Ciências da Educação, enquadram-se 8 referências dos participantes do estudo, como pode ser verificado no quadro 26.

Quadro 26.

Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Categoria Ciências da Educação da Variável Tipo de Formação Especializada

Tipo de Formação	Frequência	Porcentagem
Especialização em Administração Escolar	3	,5
Mestrado em Ciências da Educação	3	,5
Mestrado em Planejamento e Recursos Humanos	1	,2
Curso de Educação Superior Especializado em Supervisão Pedagógica	1	,2
TOTAL	8	1,4

Relativamente à categoria **Outras**, pode verificar-se, pela análise do quadro 27, que 4 profissionais referem possuir formação enquadrada neste tipo de categoria da variável formação especializada.

Quadro 27.

Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Categoria Outras da Variável Tipo de Formação Especializada

Tipo de Formação	Frequência	Percentagem
Pós-Graduação Deontologia Social	1	.2
Pós-Graduação Desenvolvimento em Contextos de Risco	1	.2
Pós-Graduação Logopedia	1	.2
Pós-Graduação Direito da Família / Menores	1	.2
TOTAL	4	0.8

Quanto ao local onde foi realizada a formação especializada, e tendo em conta a dimensão das referências dos participantes, optou-se por realizar uma análise de conteúdo em que foram descritas as categorias 1- Universidades/Faculdades/Institutos; 2- Escolas Superiores de Educação; 3- Escolas Superiores de Saúde; 4- Outras entidades. No quadro 28 pode consultar-se a distribuição dos sujeitos, tendo em conta o local onde realizaram a sua formação especializada.

Quadro 28.

Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Variável Local onde Realizou a Formação Especializada

Universidades/ Faculdades/ Institutos	Escolas Superiores de Educação	Escolas Superiores de Saúde	Outras entidades Formadoras
<ul style="list-style-type: none"> - Universidade do Minho - Universidade de Aveiro - Universidade Aberta - Universidade de Évora - Universidade Portucalense - Universidade Católica - Universidade de Salamanca - Universidade Lusófona - Universidade de Coimbra - Universidade da Madeira - Faculdade Psicologia e Ciências da Educação do Porto - Faculdade Psicologia e Ciências da Educação de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana - Faculdade de Ciências Médicas Lisboa - Faculdade de Ciências Médicas Porto - Instituto Superior de Psicologia Aplicada - Instituto Politécnico Porto - Instituto Superior de Ciências - Instituto Superior Miguel Torga 	<ul style="list-style-type: none"> - Torres Novas - Santarém - Lisboa - Coimbra - Arcozelo - Almada - Porto - Beja - Portalegre - Bragança - Viseu - Castelo Branco 	<ul style="list-style-type: none"> - Alcoitão - Santarém - Coimbra - Viseu 	<ul style="list-style-type: none"> - Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar - Centro de Paralisia Cerebral de Lisboa - Casa Pia de Lisboa

No que diz respeito à formação em serviço na área da IP, realizada ao longo dos últimos três anos, podemos verificar que 79,6% (444 profissionais) dos participantes referem ter tido acesso a formação.

Quadro 29.

Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Variável Formação em Serviço

Formação em Serviço	Frequência	Porcentagem
Sim	444	79,6
Não	114	20,4
TOTAL	558	100,0

Relativamente ao número total de horas da formação realizada ao longo dos três últimos anos (2005, 2006 e 2007), e tendo em conta que, dos 444 profissionais que referem ter realizado formação em serviço, apenas 243 referem o número de horas frequentado, podemos constatar que o valor médio de horas de formação em serviço é de 22,49, e que essa formação foi obtida fundamentalmente através de frequência de seminários, ou de cursos e nos dois formatos em simultâneo.

Relativamente aos temas desenvolvidos na formação em serviço, referidos pelos participantes, realizou-se a análise de conteúdo das diferentes respostas, análise essa que nos permitiu agrupar os dados nas categorias de Educação Especial, com as sub-categorias Necessidades Educativas Especiais e IP; Negligência e Maus-tratos e; Aspectos Específicos do Desenvolvimento.

No quadro 30, são apresentadas as diferentes categorias, bem como a percentagem das referências em relação a cada temática. Relativamente aos temas, e num total de 689

referências, destaca-se a categoria da Educação Especial (592 referências), com as sub-categorias de IP e de Necessidades Educativas Especiais.

Quadro 30.

Categorias Relativas aos Temas da Formação em Serviço

Categorias	Sub-categorias	Nº de Referências
Educação Especial	Intervenção Precoce	443
	Necessidades Educativas Especiais	149
Aspectos Específicos do Desenvolvimento		63
Negligência e Maus-tratos		34
TOTAL		689

Na sub-categoria da **Intervenção Precoce**, salientam-se as seguintes referências temáticas:

- Conceitos da IP; Fundamentos; Práticas Centradas na Família; Visita Domiciliária; Práticas Recomendadas (boas práticas)
- Discussão de Casos; Supervisão
- IP em Portugal; Legislação
- Prevenção Primária
- Colaboração; Grupo de Pais
- Avaliação da Criança e da Família em IP: Formas de Abordagem
- Plano Individualizado de Apoio à Família
- Vinculação; Perturbações na Relação e na Comunicação/Estilos de Interação e Competências.

Na sub-categoria das **Necessidades Educativas Especiais**, destaca-se um conjunto de temáticas, nomeadamente:

- Paralisia Cerebral: Problemas Associados; Neurodesenvolvimento, Alterações Neuromotoras; Avaliação e Intervenção;
- Avaliação e Intervenção nas Perturbações da Comunicação e da Linguagem; Terapia da Fala; Consciência Fonológica
- Deficiência Mental /X frágil
- Perturbações do Espectro do Autismo; Diagnóstico; Avaliação e Metodologias Intervenção (*Floor Time, Teach, Análise Comportamental*)
- Problemas de Comportamento e Modificação Comportamental
- Défice por Desordem de Atenção e Hiperactividade
- Deficiência Auditiva; Língua Gestual Portuguesa
- Deficiência Visual; Baixa Visão, Cegueira, Braille
- Inclusão; Escola Contemporânea; Educação Especial; Crianças com NEE; Multiculturalidade; CIF; Profissionais Educação Especial; Apoios Educativos
- Multideficiência; Currículo Funcional
- Musicoterapia; Hidroterapia
- Tecnologias de Apoio/ Sistemas Aumentativos e Alternativos de Comunicação (Makaton, PEC.); Ajudas Técnicas, Construção e Adaptação de Histórias e Materiais na Educação Especial

Na categoria **Negligência e Maus-tratos**, as temáticas referenciadas são:

- Prevenção da Violência e Maus-tratos;
- Crianças em Risco/Risco Social/Exploração Sexual;
- Protecção/Direitos da Criança e da Família;
- Intervenção Social

Na categoria **Aspectos Específicos do Desenvolvimento**, foram referenciadas as seguintes temáticas:

- Desenvolvimento Psicomotor, Infantil, Pediátrico, Típico e Atípico; da Comunicação e Linguagem; Emergência da Literacia
- Integração Sensorial; Visão/Audição e Desenvolvimento

Relativamente às entidades que ministraram a formação em serviço, e dada a diversidade de respostas, foram definidas 7 categorias de resposta, bem como o respectivo número de referências. Como pode ser verificado no quadro 31, as entidades mais referidas são as Instituições Particulares de Solidariedade Social e as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens - IPSS/CPCJ (383), as Equipas de IP (213), e as Universidades e Escolas Superiores (134).

Quanto às IPSS que ministraram formação em serviço, gostaríamos de salientar que das 383 referências, 227 referem a Associação Nacional de IP (ANIP) como entidade formadora.

Quadro 31.

Categorias das Entidades que Ministraram a Formação em Serviço

Categorias	Nº Referências
IPSS/CPCJ	383
Equipas de IP (Coordenação e Intervenção Directa)	213
Universidades / Escolas Superiores	134
Entidades Ministério da Educação	62
Entidades Ministério da Saúde	59
Entidades Ministério Segurança Social	21
Sociedade e Associações Profissionais	16

Caracterização dos Projectos¹ de Intervenção Precoce

Relativamente à questão que aborda a existência ou não de articulação do Projecto de IP, pode verificar-se no quadro 32, que 90,3% (504) dos participantes do estudo consideram que existe articulação de serviços no Projecto onde exercem funções.

Quadro 32.

Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Variável Articulação de Serviços no Projecto de IP

Projecto Articulado	Frequência	%
Sim	504	90,3
Não	54	9,7
TOTAL	558	100,0

Quanto à questão sobre os pontos fortes e fragilidades da articulação do Projecto de IP, os 504 participantes que responderam positivamente à questão anterior, sobre a existência de articulação do projecto onde exercem funções, referiram um conjunto de respostas que apontam para um leque muito diversificado de possibilidades. Após uma análise de conteúdo, foi definido um conjunto de categorias e sub-categorias.

Desta forma, em relação às fragilidades da articulação do projecto, foram definidas 3 categorias de resposta, nomeadamente: fragilidades do sistema; fragilidades na colaboração; e fragilidades dos profissionais. Cada uma destas categorias subdividiu-se em sub-categorias, como pode ser observado no quadro 33. Dentro das várias sub-categorias, gostaríamos de destacar as sub-categorias *colaboração inter e intra equipas de IP* e

¹ Devido à diversidade de terminologias utilizadas ao longo do nosso país pelos diferentes profissionais que fazem parte da amostra deste estudo, optou-se por utilizar a terminologia projecto por ser aquela que nos parece mais adequada em termos teóricos.

constrangimentos de horários, por serem aquelas que obtiveram um maior número de referências, comparativamente com as outras sub-categorias referidas.

Quadro 33.

Categorias e Sub-categorias das Respostas acerca das Fragilidades da Articulação do Projecto de IP

Categorias	Sub-categorias	Frequência de Referências
Fragilidades do Sistema Total Referências =230	Constrangimentos horários	94
	Recursos Humanos	34
	Financiamento/Equipamentos	29
	Mobilidade dos Profissionais	29
	Rácios Família/Profissionais	28
	Funcionamento e Políticas de IP	16
	Colaboração Inter e Intra Equipas de IP	138
	Entidades Ministério Saúde	45
	Colaboração Família	20
	Entidades Ministério Educação	17
	Serviços de Protecção de Menores	10
	Entidades Ministério Segurança Social	5
Fragilidades dos Profissionais Total Referências = 55	Atitudes/Comportamentos	37
	Formação/Supervisão	18

De Seguida, analisaremos cada uma das categorias e sub-categorias, exemplificando os seus conteúdos através da transcrição de algumas respostas dos profissionais.

Assim, na **Categoria Fragilidades do Sistema**, releva-se a sub-categoria **Constrangimentos de Horários IP**, com 94 referências, nas quais os participantes referem que:

Horários dos profissionais (horário limitado para prestar serviço projecto); dispersão dos profissionais por diferentes serviços; dificuldades em marcar reuniões entre diferentes profissionais; incompatibilidade de horários;

dificuldades em definir responsáveis de caso, devido indisponibilidade horária dos profissionais; ...outros profissionais apenas participam nas reuniões e têm que ser solicitados; profissionais a funcionarem a tempo parcial, o que dificulta o seu envolvimento no projecto; pouca disponibilidade dos técnicos, pois apoiam outras valências para além da IP; dificuldade em conseguir a disponibilidade em simultâneo de todos os membros da equipa; dificuldade em articular-se com famílias devido à limitação de horários; horário pouco flexível, todos os elementos a meio tempo, o que não facilita a existência de tempo para discussão, reuniões, planeamentos, etc; ...

Em segundo lugar, os profissionais referem, como fragilidade do Sistema a sub-categoria **Recursos Humanos**. Nesta sub-categoria, os participantes referem:

Falta de profissionais; dificuldades em colocar educadoras nas equipas; falta de psicólogos e terapeutas; escassez de recursos humanos; falta técnicos de serviço social; inexistência de terapeutas da fala e dificuldade em obter este serviço;...

Na sub-categoria **Mobilidade dos Profissionais**, as referências dos participantes destacam a mobilidade compulsiva dos profissionais e as suas consequências, nomeadamente:

Todos os anos mudam profissionais da educação; equipa apenas com profissionais contratados (podem abandonar o projecto a qualquer momento); descontinuidade da presença de profissionais, ano após ano; instabilidade da equipa devido à rotação dos profissionais; instabilidade e condições precárias de afectação dos profissionais; ...

Relativamente à sub-categoria **Financiamentos/Equipamentos** as referências efectuadas salientam:

Lacunas ao nível de equipamentos (creche, habitação social, material de desgaste, etc.), o que impede de dar resposta a determinadas famílias; limitações financeiras e burocráticas; dificuldades ao nível dos transportes, espaços nem sempre adequados, quer em termos físicos, quer sonoros; financiamento insuficiente; falta de material lúdico-pedagógico; indisponibilidade de meios, nomeadamente de transportes para as deslocações ao exterior do serviço; ...

Na sub-categoria **Rácios Profissionais/Famílias**, as referências destacam:

Número de casos; dificuldade de dar resposta ao número de casos solicitados; elevado número de casos; demasiados casos de risco ambiental; tempo de espera para apoio muito elevado devido número de casos; o rácio dos técnicos e sua carga horária semanal versus nº de casos a acompanhar;...

Na sub-categoria **Funcionamento/Políticas**, são referidas como fragilidades da articulação do projecto:

Mudanças de políticas que dificultam a articulação; necessidade de readaptação da legislação; necessidade de clarificação de políticas na IP; desinteresse político sobre a continuidade do Despacho Conjunto; reduzido apoio dos 3 ministérios, legislação em vigor frágil na sua operacionalização; dificuldades em implementar e gerir a articulação ao abrigo do Despacho Conjunto, incumprimento do despacho conjunto; medidas diferenciadas dos 3 Ministérios, complicando assim a articulação; todos os anos o projecto vai para aprovação, o que causa grandes interrupções no seu funcionamento;...

Relativamente à Categoria **Fragilidades na Colaboração**, destaca-se a sub-categoria **Impedimentos Específicos no Funcionamento das Equipas de IP** (Regionais, Distritais e Concelhias). As referências desta sub-categoria recaíram no funcionamento e no apoio das diversas equipas, e na sua articulação.

A sub-categoria definida anteriormente foi a mais referida pelos profissionais (138 referências), com grande destaque para as respostas relacionadas com as dificuldades de articulação e de comunicação inter e intra-elementos das diferentes equipas, e para a excessiva centralidade de algumas entidades envolvidas no projecto. Os exemplos de transcrições seleccionados demonstram claramente o enquadramento do conteúdo desta sub-categoria, nomeadamente:

Difícil articulação com a Equipa de Coordenação; dificuldades em articular-se com equipa supervisão; falta de entendimento entre supervisores; apoio quase inexistente da equipa distrital; falta de articulação entre as EID, Supervisão e ECD; ausência de avaliação anual do projecto por parte das EID e ECD; dificuldade de articulação com a equipa distrital e regional; equipa numerosa; serviço articulado apenas teoricamente; não designação do gestor de caso em 100% das situações; na nossa EID apenas as educadoras são responsáveis de caso; pouca reflexão e discussão sobre os casos atendidos; não envolvimento nem responsabilização de alguns serviços, rede de serviços não implementada, conflitos entre instituições/serviços; excessiva centralidade da entidade promotora do projecto, ausência de canais de comunicação efectiva entre serviços, falta de feedback efectivo entre os diversos parceiros, não permissão de apoio no domicílio; não existe apoio domiciliário nem em contextos educativos, equipa de profissionais pertencente apenas à entidade promotora; apoio exclusivo na instituição; pouco acesso às famílias; sobreposições dos profissionais dos diferentes serviços; ...

Outras fragilidades referidas nesta sub-categoria dizem respeito à necessária divulgação da IP, e do próprio projecto, bem como à localização e à extensão geográfica das diferentes zonas apoiadas pelo projecto, designadamente:

Projecto em início da sua implementação, o que leva ao descrédito da intervenção; desconhecimento de alguns serviços e da comunidade em relação ao que é IP; IP pouco divulgada e com uma filosofia pouco compreendida; raio de acção da equipa demasiado alargado, extensão geográfica; dispersão geográfica, distância em relação aos contextos da criança; distância física em relação a alguns serviços, concelho com elevado número de freguesias o que dificulta as deslocações rápidas, concelho periférico.

Relativamente à sub-categoria **Entidades pertencentes ao Ministério da Saúde**, com 45 referências, os participantes referem:

Pouca colaboração na área da saúde; pouca colaboração, essencialmente com médicos; dificuldades em encaminhar casos para consultas da especialidade; dificuldades na presença de profissionais da área da saúde na Equipa de Coordenação Distrital; consultas de desenvolvimento sem capacidade de resposta; não partilha de informação do sector médico relativamente a consultas, necessidades, etc. ; falta de interesse e indisponibilidade da saúde; sinalização e encaminhamento tardio dos casos; muita burocracia dos serviços de saúde; deficiente articulação com hospital e médicos de família; fraca sensibilização dos serviços de saúde para colaborar com a equipa; pouca disponibilidade dos profissionais da saúde; fragilidades na relação com serviços de saúde; dificuldade de efectivar a presença da saúde no serviço, apoio na maioria das vezes informal; a saúde tem uma visão demasiado clínica e colabora pouco.

No que diz respeito à sub-categoria **Colaboração das Famílias**, os participantes referem:

Pouca disponibilidade das famílias, pais não motivados para este tipo de intervenção; dificuldade das famílias em entender o seu papel na IP; falta de aceitação dos serviços; quando intervenção nas creches e jardins, pais desligam-se do processo; não colaboração das famílias quando não

concordam ou compreendem uma proposta de intervenção; baixo nível sócio-económico das famílias; baixo nível de ensino;...

Na sub-categoria **Entidades Pertencentes ao Ministério da Educação**, as fragilidades referidas prendem-se com:

Pouca colaboração das entidades ligadas ao Ministério da Educação; falta de formalização da articulação; deixamos de apoiar crianças (3-6) da rede pública; falta de reconhecimento por parte da DREN da importância deste tipo de projecto; dificuldade em articular-se com serviços da educação; indefinição de ME quanto às políticas de IP, directrizes escassas e confusas; difícil articulação com os agrupamentos de escola, não se articular as vezes desejáveis com as estruturas onde as crianças permanecem, jardins de infância.....; burocracia na colocação das educadoras; diferenças na filosofia de intervenção..., dificultam apoios nos agrupamentos;...

Relativamente à sub-categoria **Entidades Associadas às Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ)**, os participantes destacam:

Problemáticas sociais graves (dificuldades em articular com tribunais e CPCJ); falta de respostas adequadas e em tempo útil para problemáticas sociais complicadas e que ultrapassam a equipa de IP; não reconhecimento profundo da IP e do seu modelo por algumas instituições, nomeadamente pelo tribunal; os tribunais deixam arrastar casos complicados;...

Na sub-categoria **Entidades Pertencentes ao Ministério da Segurança Social**, os participantes referem a dificuldade de articulação com os serviços abrangidos por este Ministério, designadamente: «Pouca colaboração da Segurança Social»; «difícil articulação com o pólo da Segurança Social».

A Categoria **Fragilidades dos Profissionais** foi subdividida em 2 sub-categorias, nomeadamente atitudes/comportamentos e formação/supervisão.

Relativamente à sub-categoria **Atitudes/Comportamentos dos Profissionais**, com 37 referências, os participantes neste estudo descrevem um conjunto de fragilidades que se prendem com:

Dificuldades dos profissionais em trabalhar em conjunto, persistindo ainda a minha área..., o meu projecto; falta de empenho dos técnicos, mentalidades relacionadas com perda de poder; dificuldade na partilha de saberes, resistência à mudança; dificuldade de comunicação; desmotivação, indisponibilidade dos técnicos para promoverem uma verdadeira e eficaz articulação; intervenção centrada na família não é sistemática a todos os elementos da equipa; não existe um nível de confiança ideal para o trabalho em equipa; não existe uniformização de procedimentos, não há uma linguagem em comum, dispersão da informação de cada caso, dificuldade em receber retorno (feedback) dos outros técnicos; dificuldade em reunir consensos/estabelecer prioridades de intervenção; relações interpessoais menos saudáveis; não se identificam necessidades da família nem se planifica em conjunto; dificuldades em apoiar crianças integradas no jardim devido à não adesão do Educador da sala, os profissionais trabalham frequentemente em sentidos opostos; diferentes concepções de IP; pouca partilha de informação em relação às famílias; visão redutora das famílias; postura dos técnicos em relação a alguns serviços dificulta a relação e articulação;...

Quanto à sub-categoria **Formação/Supervisão dos Profissionais**, as fragilidades referidas são:

Falta de profissionais especializados; falta de formação específica ao nível da IP; falta de formação específica em alguns profissionais/serviços; falta de formação ao nível da colaboração e articulação; falta de formação ao nível da abordagem centrada na família; falta de formação ao nível da avaliação;...

Relativamente às referências sobre os **Pontos Fortes da Articulação** do Projecto de IP, e após a análise do conteúdo das diferentes respostas, foram definidas 3 categorias: equipa dos profissionais (272 referências); organização dos serviços (156 referências); e colaboração com as famílias (60 referências).

Na categoria **Equipa de Profissionais**, as respostas dos profissionais destacam a diversidade e a flexibilidade dos diferentes elementos da equipa, bem como um conjunto de atitudes e de comportamentos facilitadores do funcionamento da equipa, como pode ser verificado no quadro 34.

Quadro 34.

Exemplos de Referências, acerca dos Pontos Fortes de Projecto de IP, da Categoria Equipa de Profissionais

Categoria	Transcrição de Referências
<p>Equipa de Profissionais (272)</p>	<p>Abertura e flexibilidade na participação; experiências diversificadas que enriquecem o trabalho...possibilidade de articular o melhor método, de encontrar estratégias como resposta às preocupações família; contactos directos e regulares com outros técnicos de serviços locais; bom relacionamento e espírito de equipa; partilha conhecimentos, respeito pelos papeis dos profissionais; atitudes positivas dos profissionais na consolidação de articulação eficaz e responsiva às necessidades da família; reunião periódicas; equipa transdisciplinar; empenho e disponibilidade dos profissionais; motivação e interesse; boa comunicação; filosofia de base comum; tomada decisões em equipa, reuniões de supervisão regulares; capacidade de diálogo e reflexão; avaliação e reflexão do funcionamento equipa; todos os casos são expostos nas reuniões mensais da equipa, permitindo respostas mais adequadas e uma responsabilização de todos os técnicos; continuidade dos profissionais; realização de PIAFS, existência de responsável de caso; acesso privilegiado à formação mais recente e especializada, bem como a material de intervenção; identidade e sentido de pertença da equipa; equipa com profissionais com formação específica</p>

No quadro 35, apresentamos alguns exemplos de resposta, integrados na categoria da **Organização e Funcionamento dos Serviços** que na sua maioria destacam a importância do funcionamento, da colaboração, e da acessibilidade das diferentes redes de apoio, como Factores positivos da articulação.

Quadro 35.

Exemplos de Referências, acerca dos Pontos Fortes de Projecto de IP, da Categoria Organização e Funcionamento de Serviços

Categoria	Transcrição de Referências
Organização e Funcionamento dos Serviços de IP (156)	Boa articulação entre serviços da comunidade (acção social, câmara, juntas freguesia, CPCJ, tribunal menores, saúde); partilha entre serviços, acordos com serviços não integrados no programa, mas com importante relação com as comunidades locais; forte participação e comunicação entre parceiros; visibilidade do serviço; facilidades no encaminhamento e no estabelecer de redes de apoio formal e informal; maior acessibilidade aos serviços; centralidade apoio logístico e rentabilização de recursos; rede inter-serviços forte, evita a sobreposição de serviços e de profissionais; excelente coordenação.

Relativamente à categoria **Colaboração com as Famílias**, as referências dos profissionais relevam, como pontos fortes da articulação dos projectos a adopção da abordagem centrada na família, nomeadamente o respeito, a valorização, e a participação da família em todo o processo de intervenção, como pode ser constatado no quadro 36.

Quadro 36.

Exemplos de Referências, acerca dos Pontos Fortes de Projecto de IP, da Categoria Colaboração com as Famílias

Categoria	Transcrição de Referências
Colaboração com as famílias (60)	Apoio às crianças e famílias; tentativa de adopção da abordagem centrada na família; valorização da relação com a família e apoio nos locais de referência para criança/família; participação da família no processo intervenção; reconhecimento das especificidades da família; respeito pelas famílias; grande conhecimento das famílias; elaboração de PIAFS juntamente com família; intervenção integrada nas rotinas da família; grande proximidade com famílias, respostas adequadas às necessidades das famílias, serviço centrado na família;...

Relativamente à questão sobre as **barreiras** que o profissional considera existir, e que dificultam a implementação das práticas centradas na família, foram definidas três categorias de resposta; barreiras relacionadas com os Profissionais, com o Sistema, e com a Família.

No quadro 37, são definidas as barreiras, o número, e exemplos de referências realizadas pelo profissional. Pela análise do quadro 37, podemos constatar que as maiores frequências de referências dos profissionais, acerca das barreiras à implementação das práticas centradas na família situam-se, respectivamente, nas categorias barreiras do Sistema, com 515 referências e barreiras dos Profissionais, com 240 referências.

Na categoria **barreiras do Sistema**, gostaríamos de destacar as sub-categorias constrangimentos nos horários de IP, com 121 referências; a falta de recursos materiais, com 74 referências; as dificuldades de articulação intra e inter-equipas de IP, com 69 referências, e a ausência ou a inadequação das políticas de apoio à família em IP.

Na categoria **Barreiras Profissionais** verifica-se a existência de um equilíbrio aproximado entre o número de referências das duas categorias definidas, ou seja, os profissionais relevam, em simultâneo, a inadequação e/ou o desajustamento nas suas atitudes/comportamentos e a ausência ou falta de formação/supervisão em IP, aquando da formação inicial e em serviço.

Quadro 37.

Distribuição das Referências Enquadrados nas Categorias e Sub-categorias acerca das Barreiras à Implementação das Práticas Centradas na Família.

Categoria	Sub-categoria	Transcrição de Referências
Profissionais (240)	Atitudes / Comportamentos (143 referências)	Questões culturais e de mentalidade dos técnicos...; Os técnicos consideram-se os experts na matéria, não aceitando o poder de decisão das famílias; Dificuldades em aceitar as escolhas e prioridades da família quando colidem com as dos profissionais; Prática individualista e centrada na área específica de formação dos técnicos; Filosofia centrada no modelo médico; Dificuldade em trabalhar em equipa; Dificuldades de comunicação entre profissionais;
	Formação / Supervisão (97 referências)	Falta de formação específica em IP dos profissionais; ...na área da transdisciplinaridade; ...em trabalho em equipa; ...em trabalho com famílias; Ausência de supervisão efectiva (regular e significativa); Falta de formação dos técnicos, em IP, na formação inicial; Necessidade de formação contínua; Falta de formação na prática promovida pelas entidades responsáveis.
Sistema (515)	Funcionamento e políticas de IP (27 referências)	Indefinição legislativa do ME que nem sempre suporta as actividades que não sejam de apoio directo à criança; entidades ligadas ao ME (creches, jardins de Infância, agrupamentos), estão pouco sensibilizados para o apoio à família; Indefinição de directrizes comuns aos 3 ministérios (a IP é de todos e não é de ninguém).
	Políticas de apoio à Família (66 referências)	Barreiras laborais dos pais; Pouca flexibilidade das entidades patronais das famílias; Falta de recursos económicos da família e de condições de habitabilidade; Precariedade financeira das famílias.
	Mobilidade dos profissionais (31 referências)	A não manutenção dos mesmos elementos na equipa; Rotatividade dos técnicos.
	Constrangimento de horários (121 referências)	Horários desfasados entre famílias e técnicos; Falta de equipas dedicadas a 100% ao projecto; Dificuldade em conciliar os horários...
	Recursos materiais (74 referências)	Falta de habitação, creches e emprego; falta de recursos materiais ; Falta de transporte próprio do serviço; Falta de recursos pedagógicos.
	Recursos humanos (50 referências)	Poucos técnicos especializados; Falta de técnicos das outras áreas;
	Rácios família/prof. (42 referências)	Nº excessivo de casos.
	Articulação Saúde (20 referências)	Dificuldades em assegurar alguns serviços hospitalares e de saúde de forma acessível, flexível e abrangente; Sinalização tardia...; Pouca informação...;
	Articulação Segurança Social (7 referências)	Articulação com o Instituto de Acção social e respectiva intervenção em conjunto; não haver articulação entre nós e a segurança social; Difícil acesso a apoios sociais;
	Articulação CPCJ (8 referências)	Pouca funcionalidade dos CPCJ; Os CPCJ assumem uma postura directiva com as famílias causando-lhe na maioria das vezes posturas defensivas no contacto com o PIP.
Articulação inter/intra equipas IP (69 referências)	Organização interna de vários serviços; Falta de diálogo entre equipas/ serviços; Os elementos dos órgãos de decisão (coordenação distrital, regional e nacional) não utilizam a abordagem centrada na família;	
Família (207)	Atitudes/Comportamentos (207 referências)	Falta de sensibilização para a importância e participação no processo; Falta de colaboração das famílias:

Quanto à questão sobre as medidas que o profissional considera facilitadoras da implementação das práticas centradas na família, foi definido um conjunto de categorias e de sub-categorias de forma a agrupar a diversidade de respostas dos participantes no estudo.

Na **categoria profissionais**, foram definidas 2 sub-categorias, uma relacionada com a atitude/comportamento dos profissionais, e outra com a formação e com a supervisão.

Na sub-categoria **atitudes/comportamentos dos profissionais** relevam-se as referências à colaboração entre profissionais, à comunicação, e à mudança de atitudes acerca da importância de aceitar e valorizar o papel da família como elemento activo e participativo de todo o processo de apoio, como pode ser observado no quadro 38.

Quadro 38.

Exemplos de Referências da Categoria Profissionais, Relativamente às Medidas Facilitadoras das Práticas Centradas na Família

Categoria	Sub-categoria	Transcrição de Referências
Profissionais	Atitude / Comportamento (122)	Mudança de atitude da parte dos técnicos; Sensibilidade, motivação e capacidade de mudança; Reunião de discussão de casos em equipa semanal; Maior colaboração entre profissionais; Partilha de experiências entre profissionais; uniformização das práticas em termos de serviços de IP; Maior comunicação entre técnicos; trabalho em equipa; (...) Acreditar sempre que a família é capaz, conseguir despir as ideais preconcebidas sobre as famílias; mudar mentalidades no que respeita à família e ao seu grau de importância neste processo; Maior proximidade dos técnicos e das famílias; valorizar o papel dos pais; participação activa da família em todo o processo; capacitar e corresponsabilizar as famílias; maior respeito pelas características da família; respeitar os timings da família; os Prof. não devem fazer juízos de valor; criar relações de empatia com a família; saber ouvir as famílias e as suas preocupações; dar poder de decisão à família; Intervenção no contexto de vida das famílias; intervenção nos contextos naturais; Promover encontros entre as novas famílias no serviço e famílias que já foram apoiadas, de modo a existir passagem de testemunhos sobre funcionamento do serviço e suas práticas;...

Na sub-categoria **formação/supervisão dos profissionais**, destaca-se as referências à necessidade de mais e melhor formação ao nível da formação inicial e especializada, bem

como um maior investimento na formação contínua e na supervisão, como pode ser verificado no quadro 39.

Quadro 39.

Exemplos de Referências da Categoria Profissionais, Relativamente às Medidas Facilitadoras das Práticas Centradas na Família (continuação)

Categoria	Sub-categoria	Transcrição de Referências
Profissionais	Formação / Supervisão (154)	<p>Mais Formação aos profissionais; Aumentar formação dos intervenientes; Mais formação sobre a IP; Formação; Troca de experiências; Mais formação, informação; formação dos próprios técnicos dos serviços de IP; Mais formação conjunta da equipa; Aposta na formação dos profissionais; Criar mais formação ao nível de todo o país, actualmente está muito centrada em Coimbra, o que dificulta a deslocação; Mais centros de formação espalhados pelo país; Formação técnica específica; Técnicos com mais formação nesta área; Haver formações específicas em sistemas familiares para os técnicos; Formação sobre o PIAF; sobre PCF; sobre transdisciplinaridade; Mais formação na área, investimento na formação especial dos profissionais; Mais formação especializada em IP; Formação de IP aquando do curso inicial; Inclusão de temas sobre a IP nos currículos de formação inicial; Formação específica obrigatória; Formação específica obrigatória e gratuita; Formação contínua dos técnicos do serviço e elementos de outros serviços envolvidos; Investimento na formação contínua dos profissionais; Ser pedido aos técnicos, frequentemente, uma auto-avaliação anónima, não em equipa, mas em grande grupo, como esta; Avaliação contínua das práticas; Supervisão da equipa por profissionais com experiência e formação específica em IP; Mais supervisão das práticas; Criação de grupos distritais e locais de orientação e supervisão pedagógica; Discussão e orientação de casos em contexto da equipa de IP;...</p>

Relativamente à **categoria Sistema**, definiram-se sub-categorias relacionadas com o funcionamento e com as políticas de IP: Políticas de apoio às famílias; Mobilidade dos profissionais; Horários; Recursos materiais/financeiros; Recursos humanos; Rácios família/profissionais; Articulação de apoios/serviços; como pode ser constatado no quadro 40.

Quadro 40.

Exemplos de Referências da Categoria Sistema, Relativamente às Medidas Facilitadoras da Implementação das Práticas Centradas na Família

Categoria	Sub-categoria	Transcrição de Referências
Sistema	Funcionamento e políticas de IP (111 Referências)	Criar linhas orientadoras a nível nacional; obrigatoriedade na elaboração de um PIAF em que participasse toda a equipa; definição de políticas que permitam uma participação equitativa dos técnicos dos 3 ministérios na IP; Concertação entre o Despacho 891/99 e outras medidas políticas que afectam de forma directa as práticas de IP; Definição das medidas a adoptar, 891 ou 319?; Melhorar os critérios de elegibilidade das crianças para a IP para que se possa intervir o mais precocemente; ...sinalização eficaz e atempada; critérios de elegibilidade mais rigorosos; Uniformizar o funcionamento das equipas a nível nacional; criação de um serviço nacional de IP; criação de quadros de IP que garantam a estabilidade dos técnicos; maior estabilidade no vínculo contratual; criar um quadro específico de técnicos para a IP; Maior divulgação da IP no país; Visibilidade da importância da IP a nível governamental; Sensibilização e reconhecimento da IP pelo governo; Implementação de uma base de dados sobre a IP; Criar políticas de prevenção articuladas; Mais investimento na prevenção primária; Maior acessibilidade a outros serviços; menos burocracia no acesso a serviços; Melhorar/simplificar o acesso a serviços de saúde; Avaliação externa dos projectos obrigatória e regular; avaliação sistemática dos projectos; Dar possibilidade às famílias de avaliarem as práticas
	Políticas de apoio à Família (54 Referências)	Maior flexibilidade da parte das entidades empregadoras nos horários dos pais; redução dos horários laborais da família para prestarem apoio às crianças; protecção no emprego para os pais; medidas legislativas laborais de apoio às famílias; .poderem acompanhar os filhos à IP sem perda de remuneração; Melhores políticas sociais de apoio à deficiência, criação de melhores respostas de apoio social; políticas sociais concertadas; Proporcionar às famílias maior apoio ao nível da habitação social; creches; emprego; Mais emprego e formação profissional para as famílias; criação de mais postos de trabalho para as famílias.

Quadro 40.

Exemplos de Referências da Categoria Sistema, Relativamente às Medidas Facilitadoras da Implementação das Práticas Centradas na Família (continuação).

Categoria	Sub-categoria	Transcrição de Referências
Sistema	Mobilidade dos profissionais (37)	Manutenção de diferentes técnicos na equipa; estabilidade da presença dos Prof. na equipa; Os técnicos (docentes) não trocarem todos os anos; continuidade dos elementos da equipa; maior afectação dos técnicos à IP; maior estabilidade dos Prof. na equipa; Ed. de Infância pertença definitiva e duradoura às equipas
	Horários (88)	Aumentar o horário dos técnicos no projecto; Técnicos a tempo inteiro na IP; Maior disponibilidades de tempo para a IP dos Prof. que pertencem ao MSS e da saúde; Horários mais flexíveis, maior disponibilidade de horários para cada caso; flexibilidade dos técnicos da parte das instituições; adaptabilidade dos horários dos técnicos às necessidades da família;...
	Recursos materiais / financeiros (69)	Disponibilização de verbas para as Equipas de IP; apoio financeiro às equipas; Meios logísticos e transportes; Melhores condições logístico/materiais; transportes para deslocações no apoio; Apoio financeiro às deslocações dos técnicos; apoio económico para a formação; (...) Criação de um espaço físico/sede para cada equipa, no sentido de facilitar o acesso rápido das famílias; mais e melhores espaços físicos para a intervenção;...
	Recursos humanos (50)	Mais técnicos para a intervenção directa; maior nº de técnicos envolvidos no programa; ...sobretudo Ed. Infância; ...fisioterapeuta; terapeutas da fala;... mais educadoras; mais psicólogos; ...mais TSS;...
	Rácios família/profissionais (15)	Redução do número de casos por técnico; menor número de casos por técnico; menos crianças por profissional;...
	Articulação Apoios/Serviços (134)	Trabalho de articulação efectivo ao nível da rede social; melhor articulação com as CPJCR; maior colaboração e articulação com os serviços da comunidade; maior envolvimento das autarquias; estabelecimento de protocolos entre entidades locais; Intercâmbio com outros serviços que estão a apoiar a mesma família; Simplificação da rede de serviços; equipas únicas por concelho, evitando a sobreposição de serviços; melhor articulação dos serviços (saúde, educação e s. social); Maior articulação com o sistema de saúde; ...

Na **categoria sistema**, gostaríamos de destacar as sub-categorias funcionamento e políticas de IP, articulação de apoios/serviços, e horários, por serem aquelas mais referidas pelos profissionais.

Na sub-categoria **funcionamento e políticas de IP**, os profissionais destacam a necessidade de uma maior definição e concertação, relativamente às diferentes peças legislativas que enquadram a IP, no sentido de possibilitar uma maior uniformidade e funcionamento das equipas a nível nacional, bem como uma maior estabilidade no vínculo contratual dos profissionais que compõem estas equipas.

Relativamente à sub-categoria **articulação de apoios/serviços**, referem a necessidade de um maior envolvimento e articulação das diferentes redes de apoio, no sentido de simplificar o apoio, evitando sobreposições dos diferentes serviços envolvidos.

Na sub-categoria **horários**, os profissionais destacam a necessidade de existirem profissionais a tempo inteiro na IP, de forma a permitir uma maior flexibilidade e disponibilidade dos profissionais, o que se traduz numa maior acessibilidade e respeito pelas necessidades das famílias apoiadas.

Relativamente à **Categoria Família**, foram definidas duas sub-categorias, uma relacionada com as atitudes/comportamentos e outra relacionada com a formação. Na sub-categoria formação, destaca-se a necessidade de organizar a informação para as famílias, e a criação de projectos de educação/ formação parental, como pode ser constatado no quadro 41.

Quadro 41.

Exemplos de Referências da Categoria Família, Relativamente às Medidas Facilitadoras da Implementação das Práticas Centradas na Família

Categoria	Sub-categoria	Transcrição de Referências
Família	Formação (34)	Mais formações para pais; reuniões específicas com as famílias; Organização de programas de formação para as famílias; Cursos de formação parental; formação para aumentar as competências parentais; Elevar o nível cultural e instrução das famílias.
	Atitudes / Comportamentos (25)	Participação mais regular das famílias; maior participação nas reuniões; Maior disponibilidade e interesse por parte das famílias; Maior consciencialização sobre os problemas dos filhos; Mais autonomia das famílias em relação aos técnicos;...

5. Apresentação e Análise Inferencial dos Resultados

De seguida, apresentaremos os resultados obtidos, tendo em conta as hipóteses formuladas neste estudo. Nesta apresentação, optaremos, de forma sistemática, por utilizar, em simultâneo, a análise estatística descritiva e inferencial, e as duas dimensões das práticas centradas na família, frequência e importância.

As hipóteses de 1 a 6 testam a influência das Características dos Profissionais nas Práticas centradas na família (Frequência e Importância).

Hipótese 1

A formação dos profissionais (inicial, especializada, e em serviço) e o tempo de serviço em IP influenciam as Práticas centradas na família.

Tendo em vista a verificação da hipótese 1, e dada a diversidade de tipos de formação inicial dos profissionais (18 tipos de formação), optámos por agrupar alguns tipos de formações, referidos apenas por 1 a 2 profissionais, o que resultou, assim, numa variável com 10 tipos de formações. Para a variável tempo de serviço em IP, e tendo-se verificado que esta variável variava entre 1 e 30 anos de serviço, com um valor médio de 4 anos e 83 dias, procedeu-se ao agrupamento dos profissionais em 3 grupos: Grupo 1 (1-4 anos); Grupo 2 (5-9 anos), e Grupo 3 (10 ou mais anos). A variável Práticas centradas na família considera as 4 etapas do questionário (frequência e grau de importância), e a ponderação é realizada em termos de frequência e de importância das práticas. O procedimento estatístico utilizado é o *F-Manova* (2x3).

Analisando os valores de F, e tomando a interacção das variáveis formação especializada e anos de serviço em IP, em função das 4 etapas das práticas centradas na família (frequência e importância), não se verifica a existência de nenhum valor estatisticamente significativo.

Passando aos efeitos principais de cada variável, e relativamente à variável formação especializada, analisada isoladamente, não encontramos qualquer diferença significativa para as 4 etapas das práticas centradas na família, o que, em nosso entender, poderá dever-se à grande diversidade de categorias e graus de formação dos profissionais,

isto porque os 160 profissionais que referem possuir formação especializada enquadram-se em 5 categorias de formação, nomeadamente: Educação Especial, Saúde, Psicologia, Ciências da Educação, e Outras, e distribuem-se por diferentes graus de formação (Mestrados, Pós-graduações e Especializações).

Passando aos efeitos principais da variável tempo de serviço em IP, encontramos diferenças com significado estatístico nas etapas: PCI ($F=4.12$; $p<.05$); AVF ($F=6.09$; $p<.01$); AVI ($F=11.879$; $p\leq.001$); PLANF ($F=4.074$; $p<.05$); PLANI ($F=9.181$; $p\leq.001$) e INTERI ($F=5.186$; $p\leq.01$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na Etapa INTERF.

Numa tentativa de avaliarmos entre que grupos estas diferenças são mais significativas, procedemos à análise de contrastes inter-grupos (Scheffé). Deste modo, passaremos a descrever os valores e o sentido das diferenças, tendo em conta as várias etapas das respectivas práticas: PCI – $G3>G1$ ($p\leq.01$); PCF – $G3>G2$ ($p<.05$); AVF – $G3>G1$ ($p\leq.001$); AVI – $G2>G1$ ($p<.05$), $G3>G1$ ($p<.001$), $G3>G2$ ($p<.05$); PLANF – $G3>G1$ ($p\leq.01$); PLANI – $G2>G1$ ($p<.05$), $G3>G2$ ($p\leq.001$) e INTERI – $G3>G1$ ($p\leq.01$). Nesta análise, é notório que o grupo 3, ou seja, o dos profissionais que têm dez ou mais anos de serviço em IP (com mais experiência na área), evidenciam resultados superiores, comparativamente com os outros dois grupos, em todas as etapas das práticas centradas na família.

Quadro 42.

*Resultados nas Etapas das Práticas Centradas na Família (Frequência e Importância)
Segundo os Anos de Serviço e a Existência de Formação Especializada*

Práticas Centradas na Família	Formação Especializada (N=160)			Sem Formação Especializada (N= 398)		
	G1 (91) M (DP)	G2 (37) M (DP)	G3 (32) M (DP)	G1 (250) M (DP)	G2 (102) M (DP)	G3 (46) M (DP)
I Etapa PCI	4.0 (.46)	4.0 (.49)	4.1 (.50)	3.9 (.52)	4.0 (.53)	4.1 (.48)
I Etapa PCF	3.9 (.41)	3.9 (.50)	4.0 (.52)	3.9 (.49)	3.8 (.43)	4.0 (.40)
II Etapa AVF	3.7 (.63)	3.7 (.64)	4.0 (.58)	3.6 (.62)	3.7 (.55)	3.9 (.54)
II Etapa AVI	3.7 (.67)	3.9 (.55)	4.2 (.61)	3.8 (.65)	3.9 (.60)	4.1 (.48)
III Etapa PLANF	4.0 (.53)	4.0 (.61)	4.2 (.51)	3.9 (.54)	4.0 (.48)	4.1 (.47)
III Etapa PLANI	4.0 (.64)	4.2 (.55)	4.4 (.57)	4.0 (.64)	4.2 (.60)	4.3 (.50)
IV Etapa INTERF	4.0 (.52)	3.9 (.48)	4.1 (.52)	3.9 (.53)	4.0 (.52)	4.0 (.40)
IV Etapa INTERI	4.0 (.59)	4.2 (.63)	4.3 (.58)	4.0 (.60)	4.1 (.61)	4.2 (.49)

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $P \leq 0.001$

Passando a descrever os efeitos da variável formação em serviço em IP, analisando os valores de F , e tomando a interação das variáveis formação em serviço em IP e anos de serviço em IP, em função das 4 etapas das práticas centradas na família (frequência e importância), não se verifica a existência de nenhum valor estatisticamente significativo, embora o grupo de profissionais com formação em serviço tenha pontuações mais elevadas em todas as etapas das práticas centradas na família, comparativamente com os profissionais sem formação em serviço, como pode ser constatado no quadro 43.

Quadro 43.

Resultados nas Práticas Centradas na Família (Frequência e Importância) em Função das Variáveis Formação em Serviço em IP e Anos de Serviço

Práticas Centradas na Família	Formação em Serviço (N=444)			Sem Formação em Serviço (N=114)		
	G1 (259)	G2 (118)	G3 (67)	G1 (82)	G2 (21)	G3 (11)
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)
I Etapa PCI	4.0 (.47)	4.0 (.49)	4.1 (.50)	3.8 (.57)	3.9 (.62)	4.2 (.39)
I Etapa PCF	3.9 (.44)	3.9 (.43)	4.0 (.42)	3.8 (.54)	3.7 (.52)	4.1 (.64)
II Etapa AVF	3.7 (.60)	3.7 (.54)	3.9 (.52)	3.5 (.66)	3.5 (.74)	3.9 (.74)
II Etapa AVI	3.8 (.64)	3.9 (.56)	4.1 (.53)	3.6 (.67)	3.8 (.72)	4.0 (.60)
III Etapa PLANF	4.0 (.49)	4.0 (.48)	4.2 (.47)	3.8 (.63)	4.0 (.69)	4.1 (.61)
III Etapa PLANI	4.1 (.60)	4.2 (.57)	4.3 (.54)	3.8 (.67)	4.1 (.65)	4.2 (.44)
IV Etapa INTERF	4.0 (.50)	4.0 (.49)	4.1 (.44)	3.8 (.60)	3.8 (.61)	3.9 (.54)
IV Etapa INTERI	4.0 (.60)	4.2 (.62)	4.3 (.53)	4.3 (.59)	4.0 (.58)	4.1 (.52)

Passando aos efeitos principais da variável formação em serviço na IP, analisada isoladamente, através do teste estatístico *t Student* para amostras independentes, as diferenças são significativas nas etapas: PCI ($t = -2.404$; $p < .05$); AVF ($t = -2.491$; $p < .05$) e INTERF

($t = -2.308$; $p < .05$); altamente significativas nas etapas: PCF ($t = -2.961$; $p < .01$); PLANF ($t = -2.974$; $p < .01$) e INTERI ($t = -2.618$; $p < .01$); e extremamente significativas nas etapas: AVI ($t = -3.928$; $p < .001$) e PLANI ($t = -4.158$; $p < .001$). Podemos, deste modo, concluir que a variável formação em serviço na IP tem impacto, no grau de frequência e de importância, em todas as etapas das práticas centradas na família, já que os profissionais que referem ter tido formação na área da IP demonstram resultados superiores, comparativamente com os profissionais que não realizaram este tipo de formação, como pode ser observado no quadro 43. Desta análise, gostaríamos de destacar as Etapas PLANF e INTERF, por serem aquelas onde os profissionais com formação em serviço demonstraram melhores resultados. Relativamente à etapa AVF, embora os profissionais com formação em serviço

tenham obtido resultados superiores, podemos constatar que, da totalidade das etapas analisadas, esta é a que evidencia resultados inferiores.

Relativamente à análise dos efeitos da interação da variável formação inicial, (recodificada para agrupar algumas formações em que só existia um profissional), com a variável práticas centradas na família, dimensões frequência e importância, analisada através do teste estatístico *F-OneWay*, podemos verificar que as diferenças são significativas nas etapas: PCF ($F= .895$; $p<.05$); PLANF ($F= 2.260$; $p<.05$), PLANI ($F=2.232$; $p<.05$), INTERF ($F= 1.906$; $p<.05$); e altamente significativas na etapa AVF ($F= 2.975$; $p<.01$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas etapas PCI, AVI e INTERI. No sentido de clarificar quais são os tipos de formações iniciais em que estas diferenças são mais significativas, realizou-se um teste de contraste inter-grupos (Scheffé). Nesta análise, podemos constatar que não existe contraste, com significância estatística, entre os profissionais com formações iniciais distintas, embora possamos afirmar, pela análise do quadro 44, que as educadoras de infância e os psicólogos são os profissionais que demonstram melhores resultados em todas as práticas centradas na família (frequência e importância). Os profissionais que demonstram resultados inferiores nestas práticas são, essencialmente, os médicos e os enfermeiros.

Como conclusão, podemos afirmar que a variável formação inicial tem impacto em todas as etapas relacionadas com a frequência das práticas centradas na família e na etapa importância da Planificação, não se tendo verificado qualquer tipo de influência nas restantes etapas relacionadas com o grau de importância das práticas.

Quadro 44.

Resultados nas Etapas das Práticas Centradas na Família, Segundo o Tipo de Formação Inicial dos Profissionais

Formação Inicial	N	PCI	PCF	AVF	AVI	PLANF	PLANI	INTERF	INTERI
		M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)
Educadora de Infância	184	4,0(.55)	4,0(.47)	3,9(.61)	3,9(.69)	4,1(.52)	4,1(.65)	4,1(.51)	4,1(.62)
Psicóloga	93	4,0(.46)	3,9(.42)	3,7(.48)	3,9(.59)	4,1(.45)	4,3(.54)	3,9(.47)	4,1(.60)
Terapeuta da Fala	41	3,9(.51)	3,9(.42)	3,5(.56)	3,8(.55)	3,9(.48)	4,0(.60)	3,9(.46)	4,0(.58)
Terapeuta Ocupacional	38	3,9(.46)	3,8(.50)	3,6(.63)	3,8(.66)	4,0(.45)	4,2(.53)	3,8(.45)	4,1(.55)
Fisioterapeuta	33	4,0(.45)	3,9(.49)	3,7(.51)	3,9(.54)	4,0(.51)	4,1(.63)	4,1(.43)	4,1(.60)
Técnica de Serviço Social	65	4,0(.50)	3,9(.45)	3,7(.64)	3,8(.63)	4,0(.57)	4,2(.58)	4,0(.54)	4,1(.60)
Enfermeira	42	4,0(.51)	3,8(.53)	3,5(.81)	3,7(.70)	3,8(.70)	3,9(.64)	3,9(.55)	4,0(.58)
Médico	13	3,8(.50)	3,7(.63)	3,6(.66)	3,6(.65)	3,7(.73)	3,8(.80)	3,8(.79)	3,9(.76)
Técnica Superior Educação Especial	27	4,0(.47)	3,9(.37)	3,7(.45)	3,9(.56)	4,0(.40)	4,1(.67)	4,0(.45)	4,0(.59)
Outros	22	3,8(.56)	3,7(.43)	3,5(.63)	3,6(.52)	3,9(.47)	3,9(.52)	3,9(.53)	3,9(.55)

Hipótese 2

O número de crianças apoiadas pelo profissional, bem como a sua faixa etária (0-2 e 3-5 anos) influenciam as práticas centradas na família.

Para determinar o impacto das variáveis número de criança apoiadas e idade da criança, nas práticas centradas na família, utilizou-se o teste estatístico Coeficiente de Correlação *R de Pearson*. Em relação à variável número de crianças apoiadas, 460 pertencem à faixa etária 0-2 anos e 514 à faixa etária 3-5 anos. Na faixa etária 0-2, anos o número de crianças oscila entre 1 e 50, situando-se a média em 4,61 (DP =4.71); na faixa etária 3-5 anos, o número de crianças oscila entre 1 e 131, situando-se a média em 7.83 (DP=8.82).

Pela análise dos quadros 45 e 46, pode verificar-se que os coeficientes de correlação obtidos sugerem que as variáveis são relativamente não dependentes entre si, mesmo que, em alguns casos, se encontre significado estatístico para os índices obtidos. Com efeito, os coeficientes situam-se em torno de .00, não ultrapassando o valor de .10, não se afastando, assim, do leque de valores normalmente tomados como significando ausência de associação entre variáveis.

Quadro 45.

Correlação entre Número de Crianças Apoiadas na Faixa Etária (0-2 e 3-5 anos) e as Práticas Centradas na Família

Média das Etapas	Crianças 0-2 anos (N=460)		Crianças 3-5 anos (N=514)	
	r	Sig.	r	Sig
I Etapa PCI	.028	.276	.009	.424
I Etapa PCF	-.098	.017*	-.084	.029*
II Etapa AVF	-.031	.250	-.073	.049*
II Etapa AVI	.037	.211	.040	.183
III Etapa PLANF	.004	.470	-.016	.362
III Etapa PLANI	.089	.028*	.091	.020*
IV Etapa INTERF	-.080	.043*	-.080	.034*
IV Etapa INTERI	.043	.176	.070	.056

*p≤0.05

Quadro 46.

Correlação entre a Faixa Etária (0-2 e 3-5 anos) das Crianças apoiadas e as Práticas Centradas na Família

Média das Etapas	Crianças 0-2 anos (N=460)		Crianças 3-5 anos (N=514)	
	r	Sig.	R	Sig
I Etapa PCI	.101	.017*	-.041	.358
I Etapa PCF	-.027	.522	.044	.300
II Etapa AVF	-.014	.748	-.017	.681
II Etapa AVI	.035	.412	-.012	.775
III Etapa PLANF	-.021	.628	.010	.815
III Etapa PLANI	.047	.272	-.020	.642
IV Etapa INTERF	.058	.170	.0040	.922
IV Etapa INTERI	.098	.021*	.007	.877

*p≤0.05

Hipótese 3

O tipo de profissional (educadores de infância ou outros) diferencia-se nas práticas centradas na família, bem como no desempenho de funções de responsável de caso.

Para analisar as diferenças entre profissionais (educadoras de infância e outros profissionais), relativamente às Práticas centradas na família, utilizou-se o teste *t de Student* para amostras independentes. Pela análise do quadro 47, pode constatar-se que existem diferenças altamente significativas na frequência das práticas das educadoras de infância nas etapas PCF ($t= 2.815, p<.01$); AVF ($t= 4.326, p\leq.001$) e INTERF ($t= 2.768, p<.01$), comparativamente com os outros grupos de profissionais. Nestes casos, os valores obtidos sugerem que as educadoras de infância demonstram resultados superiores nas

práticas centradas na família, comparativamente com os outros profissionais envolvidos no apoio em IP.

Não se verificaram diferenças significativas relativamente às práticas na PLANF, e no grau de importância das práticas atribuído pelas educadoras de infância, em todas as etapas, comparativamente com os outros grupos de profissionais.

Quadro 47.

Diferenças nas Práticas Centradas na Família (Frequência e Importância) entre as Educadoras de Infância e o outro Grupo de Profissionais

Práticas Centradas na Família	Tipo de Formação Inicial			
	Educadoras de Infância N=184		Outros Profissionais N=374	
	Média	DP	Média	DP
I Etapa PCI	3.97	.55	3.98	.49
I Etapa PCF	3.98	.47	3.86	.46
II Etapa AVF	3.86	.62	3.62	.59
II Etapa AVI	3.88	.69	3.83	.61
III Etapa PLANF	4.06	.52	3.97	.53
III Etapa PLANI	4.05	.65	4.12	.60
IV Etapa INTERF	4.05	.51	3.92	.50
IV Etapa INTERI	4.09	.62	4.05	.59

*P≤0.05 **P≤0.01 ***P≤0.001

Avançando para a segunda parte desta hipótese, tendo em vista determinar o grau de dependência da variável tipo de profissional (educadoras de infância e outros profissionais), relativamente à variável desempenho de funções de coordenador de caso, utilizou-se o teste estatístico *Qui-Quadrado*.

A totalidade de profissionais que referem assumir as funções de coordenador de caso é de 393, com uma oscilação de casos coordenados entre 1 e 51 casos, e com uma média de 6.67 (DP=6.12) casos. Ao agrupar-se os profissionais em dois grupos, educadoras

de infância, e outros profissionais, constatou-se que, tendo em conta a constituição da amostra, as educadoras de infância não estão representadas proporcionalmente, no desempenho das funções de coordenador de caso, comparativamente com os outros profissionais. No quadro 48, verifica-se a existência de uma proporção superior das educadoras de infância, que desempenham as funções de coordenadores de caso (82%), comparativamente com a proporção obtida por outros profissionais (64%), relativamente à mesma função. O valor da associação entre as duas variáveis apresenta-se estatisticamente significativo ($\chi^2 = 17.85$; $p < .001$).

Quadro 48.

Relação entre a Variável Coordenador de Caso e a Variável Tipo de Formação dos Profissionais

	Coordenador de Caso	Educadoras Infância	Outros Profissionais	Total
Não	Observados	33	132	165
Sim	Observados	151	242	393
Total	Observados	184	374	558

Hipótese 4

A formação do profissional (inicial, especializada, e em serviço) influencia o tipo de barreiras identificadas pelo profissional para a implementação das práticas centradas na família, assim como o tipo de recomendações feitas à sua implementação.

Relativamente ao impacto da variável formação inicial na variável tipo de barreiras, são evidentes relações de dependência, e associações estatisticamente significativas, entre os profissionais com formação inicial diversificada, em apenas 3 tipos de Barreiras: formação dos profissionais ($\chi^2 = 19.958$; $p < .05$), atitudes/comportamentos da família ($\chi^2 = 17.795$; $p < .05$), e distribuição da carga horária na IP ($\chi^2 = 22.754$; $p < .01$).

No quadro 49, os valores obtidos sugerem que são os psicólogos, os terapeutas ocupacionais, e os terapeutas da fala, os profissionais que mais destacaram a necessidade

de formação específica na IP. Quanto à barreira relacionada com a atitude e comportamento das famílias, são os terapeutas da fala, os psicólogos, os técnicos de educação especial e reabilitação, as educadoras de infância, e os fisioterapeutas, os profissionais que mais salientam este tipo de barreira. Analisando a barreira relacionada com a distribuição da carga horária em IP, destacam-se, como profissionais que demonstram proporções de resposta superiores neste tipo de barreiras, os médicos, os terapeutas ocupacionais, os técnicos de educação especial e reabilitação, os psicólogos, os enfermeiros, os fisioterapeutas, e os terapeutas da fala.

Quadro 49.

Relação entre a Variável Formação Inicial e Tipo de Barreiras à Implementação das Práticas Centradas na Família

Formação Inicial	Formação		Atitude/Comportamento		Distribuição	
	Profissionais		Família		Carga Horária IP	
	N	S	N	S	N	S
Educadores	158	26	111	73	158	26
Psicólogos	65	28	55	38	68	25
Terapeutas da Fala	32	9	20	21	33	8
Terapeutas Ocupacionais	28	9	28	9	23	15
Fisioterapeutas	27	6	20	13	26	7
Técnicos de Serviço Social	58	7	48	17	55	10
Enfermeiros	39	3	29	13	31	11
Médicos	10	3	12	1	7	6
Técnicos Educação Especial e Reabilitação	24	3	16	11	19	8
Outros Profissionais	19	3	11	11	18	4
TOTAL	460	97	350	207	438	120

No que se refere ao impacto da variável formação inicial na variável tipo de recomendações, são apenas visíveis relações de associação e de dependência, com significância estatística, entre as recomendações relacionadas com a formação dos profissionais ($\chi^2= 24.000$; $gl=1$; $p<.01$), e com a distribuição da carga horária em IP ($\chi^2= 17.364$; $gl=1$; $p<.05$).

Os profissionais que mais se destacam, relativamente à recomendação necessidade de formação específica na IP, são, respectivamente, os psicólogos, as educadoras de infância, os fisioterapeutas, os terapeutas da fala, e os enfermeiros. Na recomendação distribuição da carga horária em IP, salientam-se os resultados referidos pelos enfermeiros, pelos terapeutas ocupacionais, pelos médicos, pelos psicólogos, e pelos terapeutas da fala.

Quadro 50.

Relação entre a Variável Formação Inicial e Tipo de Recomendações para a Implementação das Práticas Centradas na Família

Formação Inicial	Formação Profissionais		Distribuição Carga Horária IP	
	Não	Sim	Não	Sim
Educadores	142	42	158	24
Psicólogos	50	43	75	18
Terapeutas da Fala	31	10	34	7
Terapeutas Ocupacionais	30	8	29	9
Fisioterapeutas	22	11	27	6
Técnicos de Serviço Social	48	17	60	5
Enfermeiros	32	10	30	12
Médicos	10	3	10	3
Técnicos Educação Especial e Reabilitação	24	3	24	3
Outros Profissionais	16	6	22	0
TOTAL	405	153	469	87

Quanto ao impacto da variável formação especializada na variável tipo de barreiras, são apenas visíveis relações de associação e de dependência, com significância estatística, entre as barreiras relacionadas com a atitude/comportamento dos profissionais ($\chi^2=4.594$; $p<.05$), e são os profissionais sem formação especializada os profissionais que mais referem este tipo de barreiras. Não se verificou qualquer tipo de relação de dependência entre os outros tipos de barreiras referenciados. Tendo ainda em conta a variável formação especializada, e a sua relação com o tipo de Recomendações, constatou-se, apenas, relações com significado estatístico, com a necessidade de mais recursos materiais ($\chi^2=4.941$; $p<.05$), sendo os profissionais sem formação especializada os que se evidenciaram nos resultados obtidos nesta análise.

Relativamente à influência da variável formação em serviço e tipo de barreiras, encontramos relações de dependência marginalmente significativas com a ausência de formação das famílias ($\chi^2=17.364$; $gl=1$; $p\leq.05$), e extremamente significativas com as barreiras relacionadas com o sistema, designadamente com o funcionamento e políticas da IP ($\chi^2=13.007$; $gl=1$; $p<.001$). Os profissionais que têm formação em serviço destacam-se com proporções superiores nestes dois tipos de barreiras, comparativamente com os profissionais sem este tipo de formação. No que se refere ao impacto da variável formação em serviço na variável tipo de recomendações à implementação das PCF, não se verificaram quaisquer tipos de relações de dependência ou associação entre estas variáveis.

Hipótese 5

A formação dos profissionais (inicial, especializada, e em serviço) tem influência no tipo de funções específicas desempenhadas pelo profissional no projecto de IP

Quanto às funções específicas desempenhadas pelos sujeitos da amostra (além da função de responsável de caso), pode verificar-se que, dos 558 sujeitos, apenas 118 (21,1%) referem desempenhar essas funções. Das funções específicas referidas, salientam-se, entre outras, as funções de coordenação da equipa de intervenção directa (49%); de responsável pela avaliação do desenvolvimento (7%); de dinamizador de equipa (7%); de responsável pela articulação dos serviços de saúde (6%); e de responsável pelo 1º contacto com as famílias/triagem (5,1%), como pode ser observado no quadro 51.

Quadro 51.

Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Variável tipo de Funções Específicas

Funções Específicas	N (%)
Coordenador Equipa Intervenção Directa	58 (49%)
Responsável Avaliação Desenvolvimento	8 (7%)
Dinamizador	8 (7%)
Responsável Articulação Serviços de Saúde	7 (6%)
Responsável 1º Contacto/Triagem	6 (5.1%)
Supervisor	5 (4.4%)
Função Administrativa	5 (4.4%)
Responsável. Núcleo Formação e Investigação	4 (3.4%)
Responsável Implementação/Dinamização de Projectos	4 (3.4%)
Responsável Psicoterapia	3 (2.5%)
Responsável Grupo Pais	3 (2.5%)
Director Técnico	2 (1.7%)
Responsável Horários e Espaços Lúdicos	2 (1.7%)
Responsável Articulação todos serviços	2 (1.7%)
Total	118 (100%)

Tentando perceber se o exercício destas funções se encontra associado ou dependente do tipo de formação (inicial, especializada, e em serviço) que os profissionais possuem, utilizámos o teste estatístico *Qui-Quadrado*. Analisando o quadro 52, pode verificar-se que a variável formação inicial tem impacto nas funções específicas desempenhadas pelos profissionais, sendo evidentes relações de dependência, com significado estatístico, entre estas duas variáveis ($\chi^2 = 79.563$; $p < .001$). Os profissionais que demonstram exercer uma maior proporção das funções referidas anteriormente, são essencialmente os psicólogos, os terapeutas ocupacionais, os técnicos de serviço social, e as enfermeiras, como pode ser constatado pela análise do quadro 52.

Quadro 52.

Impacto da Variável Formação Inicial na Variável Desempenho de Funções Específicas

Tipo de Formação Inicial	Funções Específicas		
	Não	Sim	Total
Educadoras de Infância	157	27	184
Psicóloga	43	50	93
Terapeuta da Fala	39	2	41
Terapeuta Ocupacional	30	8	38
Fisioterapeuta	32	1	33
Técnica de Serviço Social	54	11	65
Enfermeira	35	7	42
Médico	11	2	13
Técnico Ed. Especial Reabilitação	23	4	27
Outros Profissionais	16	6	22
Total	440	118	558

Analisando o impacto da variável formação especializada na variável funções específicas, pode verificar-se que existem relações de dependência entre estas duas variáveis, e que o valor de associação apresenta-se estatisticamente significativo ($\chi^2=4.414; p<.05$). A proporção de profissionais com formação especializada, que desempenham funções específicas (26%), é superior à proporção de profissionais, sem formação especializada (18,8%), a desempenhar as mesmas funções, como pode ser constatado no quadro 53.

Quadro 53.

Impacto da Variável Formação Especializada no Desempenho de Funções Específicas

	Valores	Funções Específicas		
		Não	Sim	Total
Formação Especializada	Não Observados	323	75	398
	Sim Observados	117	43	160
Total	Observados	440	118	558

* $p \leq 0.05$

Relativamente ao impacto da variável formação em serviço na variável funções específicas, são igualmente evidentes relações de dependência entre os profissionais com, e sem, formação em serviço. Ou seja, existe uma proporção de profissionais com formação em serviço a desempenharem funções específicas de 24%, comparativamente com 10,5% dos profissionais, sem formação em serviço, a desempenhar as mesmas funções, como pode ser observado no quadro 54. Pode, assim, concluir-se que o valor da associação entre as duas variáveis apresenta-se estatisticamente significativo ($\chi^2= 9.691$; $p<.01$).

Quadro54.

Impacto da Variável Formação em Serviço no Desempenho de Funções Específicas

	Valores	Funções Específicas	Total	
			Não	Sim
Formação Serviço	Não Observados	102	12	114
	Sim Observados	338	106	444
Total	Observados	440	118	558

** $p\leq 0.01$

As hipóteses de 6 a 9 testam a influência das Características dos Projectos nas práticas centradas na família.

Hipótese 6

O local onde é prestado o apoio tem influência nas Práticas centradas na família.

Dos 558 profissionais que constituem a amostra do nosso estudo, 461 referem prestar apoio às crianças que se situam na faixa etária 0-2 anos, e 513 às crianças da faixa etária 3-5 anos. Analisando o quadro 55, pode constatar-se que, na faixa etária 0-2 anos, o apoio é realizado maioritariamente no domicílio, no domicílio e outro local em simultâneo, nas IPSS, nas creches, e nos centros de saúde, enquanto que na faixa etária 3-5 anos este mesmo apoio é fundamentalmente realizado no jardim-de-infância, nas IPSS, no domicílio, no domicílio em simultâneo com outro local, em outros locais ou combinações, e nos

centros de saúde. Gostaríamos ainda de salientar os resultados obtidos na faixa etária 0-2 anos, em relação ao apoio no domicílio, e no domicílio e em outro local, o que perfaz uma percentagem de 60.9%. Estes locais de apoio são igualmente destacados na faixa etária 3-5 anos, perfazendo uma percentagem de 26% da totalidade dos locais de apoio, apenas inferior ao apoio realizado no jardim-de-infância, nesta mesma faixa etária.

Quadro 55.

Caracterização do Local de Apoio às Crianças das Faixas Etárias 0-2 e 3-5 anos

Local Apoio	Faixa Etária (0-2 anos)	Faixa Etária (3-5 anos)
	N= 461 F (%)	N= 513 F (%)
Domicílio	192 (42%)	78 (15.2%)
Domicílio+Outro	87 (18.9%)	55 (10.7)
IPSS	71(15%)	89 (17.4)
Creche/Jardim	58 (12.6%)	228 (44.4)
Centro saúde	36 (7.8%)	28 (5.5)
Outros locais e combinações*	17 (3.7%)	35 (6.8)

* Centro de saúde +IPSS; IPSS + Jardim.....

Para analisar as diferenças entre a variável Local de Apoio, nas faixas etárias 0-2 e 3-5 anos, e a variável Práticas centradas na família, utilizou-se o teste estatístico *F-OneWay*.

Ao testar-se o efeito da variável Local de Apoio, às crianças das faixas etárias 0-2 anos, nas Práticas centradas na família, pôde verificar-se que existem diferenças significativas nas Etapas PCF (F=2.798; p<.05), AVI (F=2.794; p<.05), PLANF(F=2.851; p<.05), INTERF (F=2.809; p<.05) e INTERI (F=2.352; p<.05), e diferenças extremamente significativas na etapa PLANI (F=5.470; p<.001). Não se verificaram diferenças significativas na etapa PCI e AVF. Numa tentativa de avaliarmos entre que grupos estas diferenças são mais significativas, procedemos à análise de contrastes inter-grupos (Scheffé), tendo-se verificado diferenças inter-grupos nas etapas PLANF e PLANI. Na Etapa PLANF, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o apoio no

domicílio e o apoio realizado nos centros de saúde; na Etapa PLANI verificaram-se igualmente diferenças ($p < .05$) entre o apoio realizado no domicílio e nos centros de saúde, e entre o apoio realizado em creche e o apoio realizado nas IPSS. Partindo da análise do quadro 56, podemos concluir que o apoio prestado no domicílio, ou no domicílio e em outro local, demonstra valores superiores aos obtidos noutros locais, em todas as etapas da frequência e da importância das práticas centradas na família.

Quadro 56.

Diferenças nas Práticas Centradas na Família Relativamente aos Locais onde é Prestado o Apoio às Crianças das Faixas Etárias 0-2

Local Apoio	PCI M(DP)	PCF M(DP)	AVF M(DP)	AVI M(DP)	PLANF M(DP)	PLANI M(DP)	INTERF M(DP)	INTERI M(DP)
Domicílio	4.02(.49)	3.93(.42)	3,75(.64)	3.89(.66)	4.06(.54)	4,18(.57)	4,02(.51)	4,11(.59)
Creche	3.93(.56)	3,97(.46)	3,67(.59)	3.68(.61)	3.93(.47)	3,83(.69)	4,00(.44)	4.00(.54)
Domic.+Outro	4.06(.48)	3,98(.43)	3,77(.54)	3.88(.63)	4.02(.41)	4,11(.58)	4,06(.50)	4,18(.59)
Centro de Saúde	3.89(.53)	3,74(.60)	3,48(.74)	3.60(.72)	3.71(.70)	3,82(.73)	3,76(.59)	3,82(.67)
IPSS	4.05(.46)	3,80(.48)	3,60(.56)	3.99(.56)	3.97(.56)	4,21(.59)	3,90(.45)	4,12(.56)
Outros*	3.83(.59)	3,78(.61)	3,63(.67)	3.82(.54)	4.00(.55)	4,33(.61)	3,81(.50)	4,11(.57)

* Centro de saúde +IPSS; IPSS + Jardim.....

Relativamente à variável Local de Apoio, das crianças da faixa etária 3-5 anos, pode verificar-se que existem diferenças extremamente significativas nas Etapas PCF ($F=4.322$; $p < .001$) e INTERF ($F=4.896$; $p < .001$), altamente significativas nas etapas AVF ($F=3.241$; $p < .01$), PLANI ($F=3.541$; $p < .01$) e INTERI ($F=3.367$; $p < .01$), e diferenças significativas nas etapas AVI ($F=2.612$; $p < .05$) e PLANF ($F=2.561$; $p < .05$). Não se verificaram diferenças significativas na etapa PCI. Numa tentativa de avaliarmos entre que grupos estas diferenças são mais significativas, procedemos à análise de contrastes inter-grupos (Scheffé), tendo-se verificado que na etapa PCF – Jardim Infância > IPSS ($p < .05$); Domicílio+Outro > IPSS ($p < .05$), na Etapa PLANF – Domicílio > Centro Saúde ($p < .05$), e

na etapa INTERF – Domicílio> Centro Saúde ($p <.05$) e IPSS ($p <.01$). Analisando o quadro 57, pode constatar-se que, quando o apoio é realizado no domicílio, ou no domicílio e em outro local, os resultados nas práticas centradas na família são superiores aos resultados obtidos nos outros locais de apoio.

Quadro 57.

Diferenças nas Práticas Centradas na Família Relativamente aos Locais onde é Prestado o Apoio às Crianças das Faixas Etárias 3-5

Local Apoio	PCI	PCF	AVF	AVI	PLANF	PLANI	INTERF	INTERI
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)
Domicílio	4,02(.48)	3,93(.44)	3,69(.69)	3,91(.67)	4,10(.56)	4,25(.58)	4,15(.49)	4,24(.58)
Jardim-de-Infância	3,92(.51)	3,94(.44)	3,76(.57)	3,82(.63)	4,01(.48)	4,03(.62)	3,98(.49)	4,01(.57)
Domic.+Outro	4,11(.45)	4,05(.34)	3,84(.55)	4,02(.55)	4,04(.44)	4,21(.58)	4,06(.46)	4,25(.60)
Centro Saúde	3,86(.58)	3,74(.59)	3,40(.71)	3,57(.70)	3,72(.65)	3,83(.76)	3,77(.63)	3,94(.74)
IPSS	3,96(.49)	3,75(.46)	3,58(.59)	3,89(.61)	3,96(.49)	4,17(.55)	3,83(.47)	4,01(.63)
Outras *	4,05(.49)	3,94(.50)	3,62(.51)	3,70(.57)	3,95(.53)	3,98(.61)	3,87(.50)	3,97(.54)

* Centro de saúde +IPSS; IPSS + Jardim;.....

Hipótese 7

A localização geográfica dos projectos de IP influencia as Práticas centradas na família, e afecta as opiniões (barreiras e recomendações) dos profissionais sobre a implementação de tais práticas.

Os sujeitos da amostra do nosso estudo distribuem-se pelos projectos de IP dos 18 distritos do Continente, e pelos dois Arquipélagos, Açores e Madeira, sendo os distritos mais representativos: Lisboa, Évora, Braga, Setúbal, Santarém, Coimbra, e Aveiro, que perfazem uma percentagem de participação de 63,1%, como pode ser verificado no quadro 58.

Quadro 58.

Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Variável Localização Geográfica dos Projectos de IP

Distrito/Ilha	Frequência	%
Lisboa	70	12,5
Évora	57	10,2
Braga	51	9,1
Setúbal	51	9,1
Santarém	48	8,6
Coimbra	41	7,3
Aveiro	35	6,3
Porto	29	5,2
Beja	27	4,8
Açores	21	3,8
Guarda	18	3,2
Madeira	18	3,2
Viseu	16	2,9
Bragança	15	2,7
Faro	14	2,5
Castelo Branco	13	2,3
Portalegre	13	2,3
Leiria	11	2,0
Viana do Castelo	6	1,1
Vila Real	4	,7
Total	558	100,0

Para analisar as diferenças entre a variável localização geográfica dos Projectos/projectos de IP e a variável práticas centradas na família, utilizou-se o teste estatístico *F-OneWay*. Pela análise dos valores do F, verificámos que existem diferenças extremamente significativas nas etapas PCF ($F=2,396$; $p<.001$), PCI ($F=2,537$; $p<.001$), AVF ($F=4,127$; $p<.001$), AVI ($F=4,057$; $p<.001$), PLANF ($F=3,182$; $p<.001$) e PLANI ($F= 2,867$; $p<.001$). Verificam-se, igualmente, diferenças altamente significativas na etapa INTERF ($F=2,062$; $p<.01$), não se tendo verificado quaisquer tipo de diferenças na etapa INTERI. No sentido de analisar as diferenças encontradas, realizou-se um teste *Post Hoc*,

designadamente o teste *Scheffé*, para se determinar entre que locais geográficos as diferenças nas práticas são significativas, não se tendo verificado contrastes significativos inter-grupos.

Embora não se tenham verificado contrastes com significância estatística inter-grupos, podemos afirmar, partindo da análise do quadro 59, que existem alguns distritos/ilhas que se destacam, de forma positiva, na maioria das etapas das práticas centradas na família, comparativamente com os outros distritos analisados, nomeadamente: o arquipélago da Madeira e os distritos de Viana do Castelo, de Coimbra, de Portalegre, e de Beja; embora existam outros distritos que obtiveram resultados igualmente superiores, em etapas isoladas das práticas centradas na família, como, por exemplo, o distrito do Porto nas etapas AVI, PLANI E PLANF, o da Guarda nas etapas PLANI, PLANF e INTERI, o de Vila Real na etapa PLANF, o de Aveiro na PLANF e na PLANI, o de Viseu nas etapas INTERF, PLANI, INTERF e INTERI, o de Lisboa na etapa PLANI, e o Distrito de Évora nas etapas PLANI, INTERF e INTERI.

Quadro 59.

Diferenças nas Etapas das Práticas Centradas na Família Relativamente à Localização Geográfica dos Projectos de IP

Localização Geográfica	N	PCI M(DP)	PCF M(DP)	AVF M(DP)	AVI M(DP)	PLANF M(DP)	PLANI M(DP)	INTERF M(DP)	INTERI M(DP)
Viana do Castelo	6	4,2(.54)	4,2(.52)	4,4(.24)	4,2(.30)	4,3(.52)	4,1(.59)	4,3(.37)	4,5(.58)
Braga	51	4,0(.47)	3,8(.51)	3,6(.61)	3,8(.64)	3,9(.53)	4,1(.62)	3,8(.47)	4,0(.62)
Vila Real	4	4,1(.50)	4,0(.27)	3,9(.71))	3,9(.51)	4,3(.17)	4,1(.46)	4,1(.53)	4,2(.53)
Bragança	15	3,6(.65)	3,7(.72)	3,3(.86)	3,4(.77)	3,6(.64)	3,5(.60)	3,6(.64))	3,7(.57)
Porto	29	4,1(.38)	3,9(.51)	3,8(.50)	4,2(.52)	4,1(.50)	4,4(.51)	4,0(.46)	4,3(.50)
Aveiro	35	4,0(.50)	3,9(.38)	3,9(.58)	4,0(.62)	4,1(.43)	4,2(.53)	3,9(.47)	4,1(.559)
Viseu	16	4,0(.67)	4,1(.42)	3,9(.61)	4,0(.75)	3,9(.56)	4,1(.64)	4,1(.56)	4,3(.62)
Guarda	18	4,1(.44)	4,1(.38)	3,8(.48)	3,9(.61)	4,2(.37)	4,2(.52)	4,2(.46))	4,3(.67)
Coimbra	41	4,0(.49)	3,9(.40)	4,0(.48)	4,1(.52)	4,2(.37)	4,3(.49)	4,1(.45))	4,2(.53)
Leiria	11	4,0(.36)	3,9(.30)	3,8(.44)	3,6(.44)	4,1(.37)	3,9(.63)	4,0(.49)	3,9(.66)
Castelo Branco	13	3,9(.47)	3,8(.51)	3,5(.66)	3,6(.46)	3,9(.60)	3,8(.45)	3,9(.53)	4,0(.44)
Santarém	48	3,8(.53)	3,7(.54)	3,3(.55)	3,4(.61)	3,8(.42)	3,8(.59)	3,8(.46)	3,9(.65)
Lisboa	70	3,8(.53)	3,8(.44)	3,7(.47)	3,8(.55)	4,0(.54)	4,1(.64)	4,0(.49)	4,0(.58)
Portalegre	13	3,9(.46)	4,1(.36)	3,9(.48)	4,0(.38)	4,2(.39)	4,1(.45)	3,9(.47)	4,0(.50)
Évora	57	4,0(.52)	4,0(.41)	3,7(.64)	3,8(.75)	4,0(.55)	4,1(.60)	4,1(.60)	4,1(.66)
Setúbal	51	4,1(.44)	3,9(.45)	3,7(.70)	4,1(.64)	3,9(.60)	4,1(.75)	3,9(.50)	4,1(.60)
Beja	27	4,1(.39)	4,1(.39)	3,8(.43)	3,9(.51)	4,3(.53)	4,3(.56)	4,1(.51)	4,2(.55)
Faro	14	4,1(.42)	3,9(.32)	3,5(.60)	3,8(.64)	3,9(.50)	4,0(.76)	4,0(.46)	4,1(.75)
Açores	21	3,8(.56)	3,7(.47)	3,4(.72)	3,6(.58)	3,6(.59)	3,7(.51)	3,8(.46)	3,8(.52)
Madeira	18	4,4(.47)	4,2(.47)	4,0(.54)	4,2(.50)	4,1(.50)	4,2(.63)	4,0(.58)	4,1(.57)

Relativamente à influência da variável localização geográfica dos projectos de IP, nas opiniões relacionadas com as Barreiras referidas pelos profissionais, sobre a implementação das práticas centradas na família, são notórias relações de dependência, com significado estatístico, relativamente às seguintes barreiras: atitudes/comportamentos dos profissionais ($\chi^2= 39.920$; $gl=1$; $p<.01$), mobilidade dos profissionais ($\chi^2= 43.130$; $p\leq.001$), distribuição da carga horária na IP ($\chi^2= 41.639$; $p<.01$), recursos materiais($\chi^2= 33.430$; $p<.05$), e o funcionamento intra e inter-equipas de IP ($\chi^2=37.466$; $p<.01$).

De seguida, passaremos a analisar a relação de cada uma das barreiras com a localização geográfica dos projectos. A proporção apresentada será definida de acordo com a percentagem global obtida em cada uma das barreiras individualmente. Deste modo, a barreira referente à atitude/comportamento dos profissionais é destacada, por ordem decrescente, nos seguintes distritos: Évora (14%), Lisboa (12.6%), Braga (10.5%), Aveiro (9.8%), Porto (9%), Setúbal (7.7%),...; a barreira que refere a mobilidade dos profissionais é destacada nos distritos de Évora (22.6%), de Setúbal (19.4%), de Viseu (16%), e de Beja (9.7%); a distribuição da carga horária em IP é mais referida nos distritos de Santarém (13.3%), de Setúbal (12.5%), de Lisboa (10.8%), de Braga (10%), e de Évora (9.2%),.....; a barreira referente aos recursos materiais é essencialmente referida pelos distritos de Lisboa (14.9%), de Braga (13,5%), de Setúbal (10.8%), de Santarém (8.1%), e pelos distritos de Bragança, de Coimbra e pelo arquipélago da Madeira, com o mesmo valor percentual de 6.8%; a barreira relativa ao funcionamento intra e inter-equipas de IP é fundamentalmente referida pelos distritos de Braga (21.3%), de Lisboa (13.5%), de Beja (10%), de Setúbal (9%), do Porto (7.9%), de Coimbra, e de Évora com o mesmo valor percentual (6.7%), etc.

No que se refere à influência da variável localização geográfica na variável tipo de recomendações referidas pelos profissionais para a implementação das práticas centradas na família, encontramos relações de dependência e de associação, com significado estatístico, nas seguintes recomendações: atitudes e comportamentos dos profissionais ($\chi^2=40.007$; $p<.01$), formação dos profissionais ($\chi^2=35.974$; $p<.01$), funcionamento e políticas de IP ($\chi^2=30.688$; $p<.05$), e distribuição da carga horária dos profissionais pela IP ($\chi^2=46.184$; $p\leq.001$). Relativamente às atitudes/comportamentos dos profissionais, destacam-se com resultados superiores, em termos de número de referências, os seguintes distritos: Braga (17.2%), Évora (13.9%), Lisboa (11.5%), Porto e Setúbal com o mesmo valor (9.8%); na formação dos profissionais, destacam-se os distritos de Lisboa (12.4%), de Santarém (11.8%), do Porto (10.5%), de Braga (8.5%), de Coimbra (7.8%), de Setúbal (7.2%), e de Beja e de Évora com o mesmo valor percentual (6.5%); a barreira funcionamento e políticas de IP é relevada pelos distritos de Évora (15.3%), de Lisboa (14.4%), de Setúbal (10.8%), de Beja e de Braga com o mesmo valor (9%), de Santarém (7.2%), e do Porto e de Coimbra com a mesma percentagem (6.3%); a barreira referente à distribuição da carga horária na IP é referida, em maiores proporções, no distrito de Évora

(15%), na Madeira (9.2%), nos distritos de Beja (9.2%), de Santarém (9.2%), de Aveiro (8.4%), e de Coimbra (6.9%).

Hipótese 8

O enquadramento legal do projecto influencia as práticas centradas na família e as próprias opiniões dos profissionais acerca do tipo de pontos fortes e fragilidades do projecto.

Quanto ao enquadramento legal dos projectos de IP em que estão alocados os diferentes participantes do estudo, pode verificar-se, pela análise do quadro 60, que esse enquadramento é maioritariamente realizado ao abrigo do Despacho Conjunto 891/99 (46,4%), e de Acordos Atípicos com o Ministério da Segurança Social (39,1%). Gostaríamos de destacar o arquipélago da Madeira e os distritos de Aveiro e de Bragança, por serem aqueles em que a totalidade dos seus Projectos está enquadrada ao abrigo do Despacho Conjunto 891/99. A categoria de Outro refere-se a diferentes enquadramentos verificados no arquipélago dos Açores. São exemplos destes enquadramentos, entre outros, a Portaria nº 66/99, de 19 de Agosto, que implementou o Projecto Cidadania, e o Decreto Legislativo Regional nº 15/2006/A, de 7 de Abril (Regime Jurídico da Educação Especial e do Apoio Educativo).

Quadro 60.

Enquadramento Legal dos Projectos de IP

Enquadramento Legal	Referências	%
Despacho Conjunto 891/99	259	46,4
Acordo Atípico	218	39,1
Portaria 1102	45	8,1
Outros	29	5,2
Programa Ser Criança	7	1,3
Total Profissionais	558	100,0

Para analisar as diferenças entre a variável enquadramento legal dos projectos de IP e a variável práticas centradas na família, utilizou-se o teste estatístico *F-OneWay*. Pela análise do quadro 61, pode verificar-se que não existem diferenças significativas na frequência das práticas centradas na família, tendo em conta os diversos enquadramentos legais dos projectos de IP. Existem apenas diferenças significativas no que se refere ao grau de importância atribuído pelos profissionais às práticas, nas Etapas AVI (F=3.240; p<.05) e INTERI (F=3.324; p<.05), e diferenças altamente significativas na Etapa PLANI (F=4.307; p<.01). Numa tentativa de avaliarmos quais os grupos em estas diferenças são mais significativas, procedemos à análise de contrastes inter--grupos (Scheffé), tendo-se verificado contrastes entre o Programa Ser Criança e a Portaria 1102 apenas nas seguintes etapas: AVI – Ser Criança>Portaria 1102 (p<.05); PLANI – Ser Criança>Portaria 1102(p<.01) e INTERI – Ser Criança>Portaria 1102 (p<.05).

Quadro 61.

Diferenças nas Etapas das Práticas Centradas na Família Relativamente ao Tipo de Enquadramento Legal dos Projectos

Etapas das Práticas Centradas na Família	Despacho Conjunto 891/99		Programa Ser Criança		Acordo Atípico		Portaria 1102		Outro	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
I Etapa PCI	3.96	.52	4.31	.38	4.00	.51	3.93	.47	4.06	.40
I Etapa PCF	3.94	.47	4.10	.33	3.87	.46	3.87	.46	3.80	.42
II Etapa AVF	3.71	.64	3.76	.32	3.69	.62	3.66	.52	3.75	.48
II Etapa AVI	3.80	.65	4.51	.36	3.89	.64	3.70	.60	3.95	.48
III Etapa PLANF	4.01	.55	4.07	.33	3.98	.52	3.94	.50	4.01	.53
III Etapa PLANI	4.08	.62	4.76	.30	4.13	.61	3.84	.65	4.16	.53
IV Etapa INTERF	3.98	.53	4.17	.24	3.97	.49	3.87	.49	3.90	.51
IV Etapa INTERI	4.07	.60	4.69	.28	4.08	.60	3.86	.58	4.09	.57

*p≤0.05 ** p≤0.01

Relativamente à análise da influência da variável enquadramento legal do projecto nas opiniões dos profissionais, acerca do tipo de Pontos fortes da articulação do Projecto em que os profissionais exercem funções, realizada através do teste estatístico *Qui-Quadrado*, são notórias relações de associação ou de dependência, com significado estatístico, entre o enquadramento legal e todas as categorias definidas como pontos fortes da articulação, designadamente: articulação de apoios/serviços ($\chi^2= 26.557$; $p \leq .001$), atitudes/comportamentos dos profissionais ($\chi^2= 11.298$; $p < .05$), e a colaboração com as famílias ($\chi^2=12.487$; $p < .01$). Existe, pois, uma clara relação de associação entre todos os pontos fortes referenciados pelos profissionais e os projectos enquadrados ao abrigo do Despacho Conjunto 891/99 e dos Acordos Atípicos, como pode ser analisado no quadro 62, ou seja, as maiores proporções de resposta enquadram-se neste tipos de enquadramentos legais.

Quadro 62.

Impacto da Variável Enquadramento Legal na Variável Pontos Fortes da Articulação

Enquadramento Legal	Articulação Serviços			Equipa Profissionais			Colaboração com Famílias		
	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Despacho Conjunto 891/99	55	204	259	128	131	259	19	239	258
Portaria 1102	15	30	45	17	28	45	4	41	45
Programa Ser Criança	6	1	7	1	6	7	2	5	7
Acordo Atípico	65	153	218	117	101	218	34	184	218
Outros	15	14	29	9	20	29	1	28	29

No que se refere ao grau de dependência ou de associação entre o enquadramento legal e o tipo de fragilidades definidas pelos profissionais, relativamente à articulação do Projecto, pode confirmar-se a existência de relações de associação ou de dependência, com significado estatístico, entre a variável enquadramento legal e as seguintes fragilidades da articulação dos projectos em que os profissionais exercem funções: colaboração com estruturas e profissionais pertencentes ao Ministério da Saúde ($\chi^2= 15.316$; $p < .01$),

atitudes/comportamentos dos profissionais envolvidos na IP ($\chi^2 = 10.465$; $p < .05$), e financiamentos das equipas ($\chi^2 = 19.068$; $p \leq .001$). Estas fragilidades estão maioritariamente associadas aos projectos enquadrados ao abrigo do Despacho Conjunto 891/99 e Acordos Atípicos, ou seja, são os profissionais que estão locados aos projectos mencionados anteriormente que referenciam, com maiores proporções (acima dos 65%), os 3 tipos de fragilidades mencionados, como pode ser constatado no quadro 63.

Quadro 63.

Impacto da Variável Enquadramento Legal na Variável Fragilidades da Articulação

Enquadramento Legal	Articulação Apoios/Serviços			Colaboração com Famílias			Colaboração Ministério Saúde			Atitudes /Comportamentos Profissionais			Financiamento das Equipas		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
D. Conj.891/99	204	55	259	239	19	258	243	16	259	246	13	259	252	7	259
Portaria 1102	30	15	45	41	4	45	39	6	45	44	1	45	41	4	45
Programa Ser Criança	1	6	7	5	2	7	4	3	7	0	7	7	7	0	7
Acordo Atípico	153	65	218	184	34	218	199	19	218	195	23	218	206	12	218
Outros	14	15	29	28	1	29	28	1	29	29	0	29	23	6	29

Hipótese 9

A existência de articulação no projecto de IP influencia as práticas centradas na família.

Relativamente à questão que aborda a existência, ou não, de articulação do projecto de IP, pode verificar-se que 90,3% (504) dos participantes do estudo consideram que há articulação de serviços/apoios no projecto em que exercem funções, e que essa articulação está dependente, essencialmente, das atitudes/comportamentos dos profissionais envolvidos, da capacidade em articular todos os serviços e apoios existentes, e da colaboração das famílias em todo o processo de apoio.

Para analisar as diferenças entre projectos com, e sem, articulação, relativamente às práticas centradas na família, utilizou-se o teste *t de Student* para amostras independentes. Pela análise do quadro 64, pode constatar-se que existem diferenças significativas ($p < .05$) e altamente significativas ($P \leq .001$) nas várias etapas das práticas centradas na família, excepto na Etapa I – Primeiros Contactos (grau de importância). Podemos, então, concluir que a existência de articulação no projecto tem impacto significativo na maioria das etapas das práticas centradas na família, ou seja, são os projectos em que existe articulação de serviços/apoios os que obtêm melhores resultados nestas práticas.

Quadro 64.

Influência da Articulação do Projecto nas Práticas Centradas na Família

Média das Etapas	Articulação	N	Média	DP	T	Sig.
I Etapa PCI	não	54	3,81	.60	-2,191	0,32
	sim	504	3,99	.49		
I Etapa PCF	não	54	3,68	.60	-2,919	,005**
	sim	504	3,92	.44		
II Etapa AVF	não	54	3,42	.69	-3,492	,001**
	sim	504	3,72	.59		
II Etapa AVI	não	54	3,62	.66	-2,684	,007**
	sim	504	3,86	.63		
III Etapa PLANF	não	54	3,65	.64	-4,208	,000**
	sim	504	4,03	.50		
III Etapa PLANI	não	54	3,75	.64	-4,338	,000**
	sim	504	4,13	.61		
IV Etapa INTERF	não	54	3,77	.49	-2,526	,014*
	sim	504	3,98	.61		
IV Etapa INTERI	não	54	3,84	.65	-2,801	,005**
	sim	504	4,08	.59		

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

As hipóteses 10 e 11 testam a influência das Características do Instrumento (*Brass Tacks*) nas práticas centradas na família.

Hipótese 10

Existem diferenças entre as 4 etapas do apoio definidas no questionário *Brass Tacks* (primeiros contactos, avaliação, planificação, e intervenção), no que se refere à frequência e à importância das práticas centradas na família.

Numa tentativa de avaliar os resultados obtidos nas 4 etapas das práticas centradas na família, nas dimensões frequência e importância das práticas, passaremos a descrever alguns dados que nos ajudarão na análise da hipótese formulada. Assim, pela análise do quadro 65, pode verificar-se que os profissionais consideram que utilizam, na maioria das vezes, as práticas centradas na família no apoio que prestam às famílias em IP. Estas práticas são mais evidentes nas Etapas III e IV do processo de apoio, respectivamente na Etapa Planificação (PLANF) e Intervenção (INTERF), e menos evidentes na Etapa II, Avaliação (AVF), como pode ser observado no quadro 65.

Quadro 65.

Valor médio da Frequência dos itens do Questionário Brass Tacks por Etapa

Etapas	N	Média	Desvio Padrão
III Etapa PLANF	558	4,00	,53
IV Etapa INTERF	558	3,97	,51
I Etapa PCF	558	3,90	,47
II Etapa AVF	558	3,70	,61

Os profissionais referem, igualmente, que valorizam as práticas centradas na família, mencionando as Etapas III (PLANI) e IV (INTERI) como as que consideram mais importantes no apoio que prestam às famílias, como pode ser constatado no quadro 66.

Quadro 66.

Valor Médio da Importância dos Itens do Questionário Brass Tacks por Etapa

Etapas	N	Média	Desvio Padrão
III Etapa PLANI	558	4,09	,62
IV Etapa INTERI	558	4,06	,60
I Etapa PCI	558	3,98	,51
II Etapa AVI	558	3,84	,64

As práticas referidas pelos profissionais como mais frequentes e mais importantes dizem respeito, respectivamente: 1) à valorização da criança, aquando do primeiro contacto com a família (pc6); 2) à valorização das competências da criança, aquando da avaliação (av4); 3) às opções de escolha em relação aos apoios/serviços disponíveis (Plan5); e 4) ao reforço constante das competências da criança, aquando dos apoios diários (interv1). As práticas que são mencionadas como menos frequentes e menos importantes, referem-se à escolha da família, em relação aos instrumentos de avaliação da criança e dos respectivos procedimentos de administração (av3), e à prontidão na resposta de apoio à família após o referimento (pc5), como pode ser constatado no quadro 67.

Quadro 67.

Média e Desvio Padrão da Frequência e Importância dos Itens do Questionário Brass Tacks

Etapas	Itens	Média Frequência	Média Importância
I Etapa – Primeiros Contactos	pc1	3,89	3,66
	pc2	3,79	3,81
	pc3	3,96	4,16
	pc4	3,80	3,84
	pc5	3,34	3,79
	pc6	4,64	4,62
II Etapa – Avaliação	av1	3,78	3,93
	av2	3,82	4,00
	av3	2,49	2,86
	av4	4,52	4,51
	av5	3,98	4,11
	av6	3,55	3,66
	av7	3,77	3,84
III Etapa – Planificação	plan1	3,78	3,99
	plan2	3,77	3,93
	plan3	3,62	3,72
	plan4	4,25	4,33
	plan5	4,44	4,38
	plan6	4,12	4,22
IV – Intervenção	inter1	4,31	4,33
	inter2	3,84	3,97
	inter3	3,92	3,96
	inter4	3,90	3,98
	inter5	3,87	4,07

Para determinarmos as diferenças entre a frequência e a importância das práticas centradas na família, nas 4 etapas do questionário *Brass Tacks*, procedemos à *análise da variância através das medidas repetidas*, considerando cada uma das dimensões frequência e importância, das práticas, separadamente. No que diz respeito à dimensão frequência das práticas, pode constatar-se que existem diferenças extremamente significativas entre as 4 etapas das práticas centradas na família, sendo as etapas correspondentes à planificação e à intervenção as que obtiveram melhores resultados, destacando-se dos resultados obtidos nas etapas primeiros contactos e avaliação, como pode ser constatado no quadro 68 e figura 14.

Quadro 68.

Diferenças entre a Frequência das Práticas Centradas na Família nas 4 Etapas do Questionário Brass Tacks

Frequência das Etapas das Práticas Centradas na família	N	Média	Desvio Padrão	F	Sig.
I Etapa PCF	558	3.90	.47	72.96	.000***
II Etapa AVF	558	3.70	.61		
III Etapa PLANF	558	4.00	.53		
IV Etapa INTERF	558	3.97	.51		

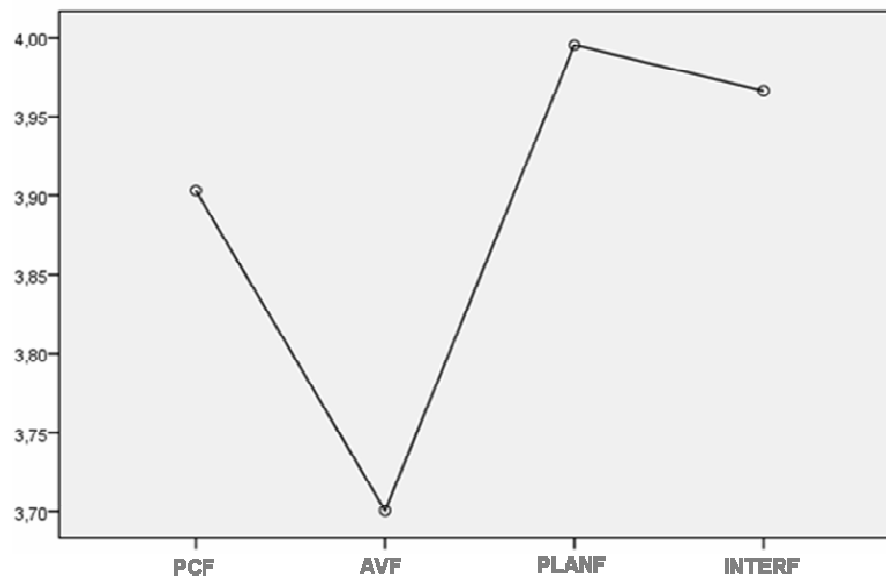


Figura 14. Representação das médias obtidas nas frequências das 4 etapas das práticas centradas na família

No sentido de apurar entre que pares de etapas das práticas centradas na família as diferenças eram estatisticamente significativas, procedemos à análise das diferenças entre pares, através da utilização do teste estatístico *t de Student para Amostras Emparelhadas*. Nesta análise, encontramos valores estatisticamente significativos nos pares: Primeiros Contactos/Avaliação ($t= 9.031$; $p<.001$); Primeiros Contactos/Planificação ($t= 4.218$; $p<.001$); Primeiros Contactos/Intervenção ($t=-2.910$; $p<.01$); Avaliação/Planificação ($t=-10.829$; $p<.001$); Avaliação/Intervenção ($t= 1.317$; $p<.001$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os pares Planificação/Intervenção.

Quanto à dimensão importância das práticas centradas na família, pode igualmente verificar-se a existência de diferenças extremamente significativas entre as 4 etapas do questionário *Brass Tacks*, sendo as etapas correspondentes à planificação e à intervenção as que obtiveram melhores resultados, destacando-se dos resultados obtidos nas etapas primeiros contactos e avaliação, como pode ser constatado no quadro 69 e figura 15.

Quadro 69.

Diferenças entre a Importância das Práticas Centradas na Família nas 4 Etapas do Questionário Brass Tacks

Importância das Etapas das Práticas Centradas na Família	N	Média	Desvio Padrão	F	Sig.
I Etapa PCI	558	3.98	.51	52.17	.000***
II Etapa AVI	558	3.84	.64		
III Etapa PLANI	558	4.09	.62		
IV Etapa INTERI	558	4.06	.60		

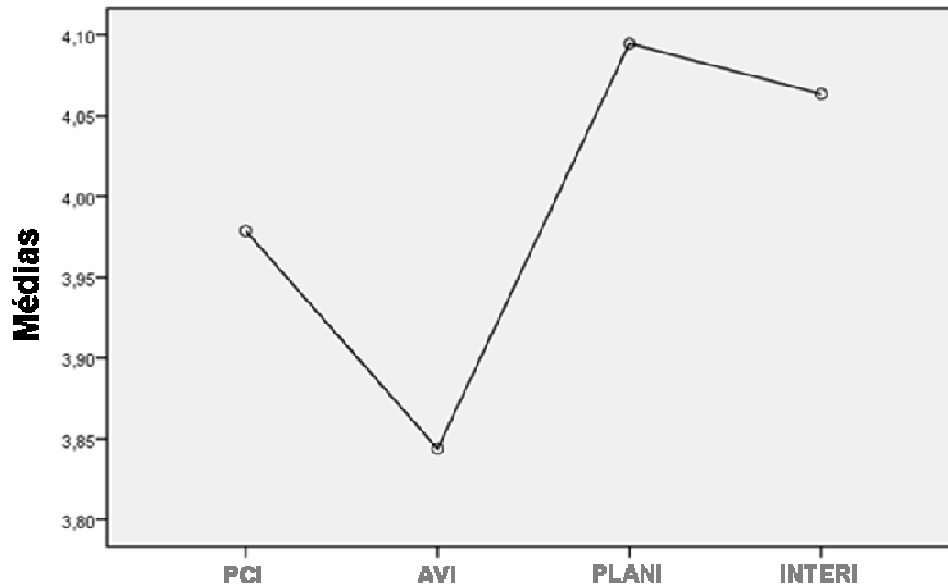


Figura 15. Representação das médias obtidas na importância das 4 etapas das práticas centradas na família

Na tentativa de avaliarmos entre que grupos de pares de etapas das práticas centradas na família as diferenças eram estatisticamente significativas, procedemos à análise das diferenças entre pares, através da utilização do teste estatístico *t de Student para Amostras Emparelhadas*. Nesta análise, encontramos valores estatisticamente significativos nos pares: Primeiros Contactos/Avaliação ($t= 6.038$; $p<.001$); Primeiros Contactos/Planificação ($t= -4.809$; $p<.001$); Primeiros Contactos/Intervenção ($t=-3.579$; $p<.001$); Avaliação/Planificação ($t=-12.068$; $p<.001$); Avaliação/Intervenção ($t=-8.932$; $p<.001$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os pares Planificação/Intervenção.

Hipótese 11

Existem diferenças entre as práticas centradas na família e o seu grau de importância nas 4 etapas.

Analisando os valores da interação, através do teste estatístico *t Student para amostras emparelhadas*, podemos constatar, pela análise do quadro 70, que existem diferenças extremamente significativas ($p < .001$) entre as práticas centradas na família e o seu grau de importância, nas 4 etapas do questionário *Brass Tacks*. Os resultados são sempre superiores nas etapas referentes à importância das práticas, comparativamente com a frequência das práticas. Podemos, assim, afirmar que os profissionais consideram que o grau de incidência das práticas centradas na família, que utilizam no apoio às famílias, é inferior ao grau de importância que lhe atribuem.

Quadro 70.

Diferenças entre as Práticas Centradas na Família e o seu Grau de Importância nas 4 Etapas do Questionário Brass Tacks

	Práticas Centradas na Família	Média	Desvio Padrão	T	Sig.
Par 1	PCF	3,90	.51	-3,833	,000***
	PCI	3,97	.47		
Par 2	AVF	3,70	.61	-7,063	,000***
	AVI	3,84	.64		
Par 3	PLANF	3,99	.53	-5,010	,000***
	PLANI	4,09	.62		
Par 4	INTERF	3,96	.51	-4,947	,000***
	INTERI	4,06	.60		

* $P \leq 0.05$ ** $P \leq 0.01$ *** $P \leq 0.001$

Hipótese 12

As variáveis que caracterizam os profissionais, têm impacto significativo nas práticas centradas na família.

Para determinar o impacto, em termos de peso relativo, das variáveis independentes relacionadas com algumas das características sócio-demográficas e profissionais nas práticas centradas na família, utilizou-se o procedimento estatístico – *Modelo de Regressão Linear Simples, através do Método StepWise*. Neste procedimento, utilizámos 4 variáveis independentes na análise de cada uma das etapas, designadamente; Anos de Serviço, Formação Inicial, Formação em Serviço, e Função de Responsável de caso. Estas variáveis foram seleccionadas tendo em conta os resultados obtidos nas respostas às hipóteses formuladas anteriormente. O quadro 71 indica e sintetiza os pesos relativos de cada uma das variáveis que contribui para a explicação da variância obtida em todas as etapas das práticas centradas na família, nas dimensões frequência e grau de importância.

Desta forma, relativamente à etapa PCI, é de referir que este modelo apresenta-se estatisticamente significativo na exploração da variância nesta etapa [$F(2,413) = 7.14$; $p < .01$], e que 3% desta variância é explicada pelas variáveis independentes anos de serviço + formação em serviço em IP. Na etapa PCF é igualmente notória a significância estatística [$F(3,412) = 6.12$; $p < .001$], e que 3% da variância é explicada pelas variáveis responsável de caso+formação em serviço em IP. Os resultados, nesta primeira etapa (Primeiros Contactos), salientam o contributo simultâneo da formação em serviço nas duas dimensões, importância e frequência, das práticas centradas na família.

Na etapa AVF, o modelo apresenta-se estatisticamente significativo [$F(2,413) = 7.11$; $p < .001$] com uma variância explicada de 6% pelas variáveis: Anos Serviço+Formação Inicial+Formação em Serviço em IP. Na etapa AVI, existe significância estatística [$F(3,412) = 12.29$; $p < .001$], e a variância nas práticas centradas na família é explicada, em 8%, pelas mesmas variáveis referidas anteriormente na etapa AVF.

Quadro 71.

Síntese da Análise das Regressões das Variáveis Independentes que Caracterizam os Profissionais e que Explicam a Variância na Frequência e Importância das Práticas Centradas na Família

V. Dependentes	Variáveis Independentes	R	R2	Beta	T	Sig
PCI	Anos Serv.	.14	.02	.12	2.548	.011
	Anos Sev.+F. Serv.	.18	.03	.12	2.506	.013
PCF	Resp. Caso	.15	.02	.12	2.446	.015
	Resp. Caso+F. Serv.	.18	.03	.11	2.245	.025
AVF	Anos Sev.	.15	.02	.15	3.006	.003
	Anos Serv.+F. Inicial	.21	.05	-.14	-2.899	.004
	Anos Serv.+F. Inicial+F. Serv.	.24	.06	.12	2.458	.014
AVI	Anos Serv.	.20	.04	.19	3.958	.000
	Anos Serv.+F. Serv.	.27	.07	.17	3.480	.001
	Anos Serv.+F. Serv+F. Inicial	.29	.08	-.11	-2.325	.021
PLANF	F. Serv.	.15	.02	.11	2.160	.031
	F. Serv.+Resp. Caso	.20	.04	.14	2.869	.004
	F. Serv.+Resp. Caso+Anos Serv.	.23	.06	.13	2.720	.007
PLANI	F. Serv.	.19	.04	.15	2.961	.003
	F. Serv.+Anos Serv	.25	.06	.16	3.171	.002
	F. Serv+Anos Serv.+Resp. Caso	.27	.07	.12	2.384	.018
INTERF	F. Serv.	.15	.02	.16	3.263	.001
INTERI	Anos Serv.	.15	.02	.15	3.154	.002
	Anos Serv.+Resp. Caso	.21	.05	.13	2.523	.012
	Anos Serv.+Resp. Caso+F. Serv.	.23	.05	.10	2.056	.040

A exploração da variância na etapa PLANF apresenta-se estatisticamente significativa [F (3.412)= 7.99; p<.001)], e é explicada por 6% das 3 variáveis: Formação em Serviço em IP+Responsável de Caso+Anos Serviço em IP. Na Etapa PLANI, o modelo das regressões apresenta-se estatisticamente significativo [F (4.411) = 9.22; p<.001)], com

uma variância de 7%, explicada pelas variáveis Formação em Serviço e IP+Anos Serviço em IP+Responsável de Caso+Número de Crianças apoiadas na faixa etária 0-2 anos.

Existe, igualmente, significância estatística na exploração da variância, na etapa INTERF [F (2.413)= 6.87; $p \leq .001$], com uma percentagem de variância explicada de 2% pela variável Formação em Serviço. De salientar ainda que a exploração da variância na etapa INTERI é estatisticamente significativa [F (3.412)= 7.91; $p < .001$], e que as 3 variáveis Anos Serviço em IP+Responsável de Caso+Formação em Serviço em IP explicam 5% da totalidade da variância nesta etapa.

Numa tentativa de avaliar os resultados obtidos, em relação à hipótese formulada, passaremos a descrever alguns dados que nos parecem relevantes, nomeadamente o impacto que a variável formação em serviço tem em todas as etapas das práticas centradas na família, e o impacto da variável anos de serviço na maioria das etapas, com excepção das Etapas PCI e INTERF. A relevância destas variáveis nas práticas centradas na família destaca a necessidade de criar e de adequar a formação em serviço para os profissionais que desempenham funções nos projectos de IP e, simultaneamente, alertam-nos para a importância da estabilidade dos profissionais nos seus projectos, de forma a obterem uma maior e melhor experiência na área da IP.

Outro aspecto relevante, que vem de encontro aos resultados obtidos na análise das diferenças entre a formação inicial e as práticas centradas na família, é o impacto da formação inicial dos diferentes profissionais nas etapas AVF (6%) e AVI (9%). Este resultado reflecte claramente a existência de profissões com resultados superiores nestas etapas. Outra variável sujeita a reflexão é a função de coordenador de caso, desempenhada por alguns profissionais nos seus projectos. Esta variável tem um impacto significativo em 4 etapas das práticas centradas na família, (designadamente nas PCF, PLANF, PLANI e INTERI), mas não se verificou qualquer tipo de peso relativo nas etapas AVF, AVI e INTERF. A não influência da variável função de coordenador de caso nas etapas mencionadas suscita-nos algumas reflexões, que serão analisadas, posteriormente, no capítulo da discussão dos resultados.

Hipótese 13

As variáveis enquadramento legal, localização geográfica, bem como a existência de articulação dos projectos, têm impacto significativo nas etapas das práticas centradas na família.

Para determinar o impacto, em termos de peso relativo, das variáveis independentes relacionadas com as características dos Projectos/projectos de IP nas práticas centradas na família, utilizou-se o procedimento estatístico *Modelo de Regressão Linear Simples, através do método StepWise*. Neste procedimento, utilizámos 3 variáveis independentes na análise de cada uma das etapas, nomeadamente: o enquadramento legal, a localização geográfica, e a existência de articulação nos projectos. No quadro 72, indicamos apenas o peso relativo da variável articulação do projecto de IP, visto as outras duas variáveis terem sido excluídas da análise, por não se verificar a existência de qualquer tipo de impacto na explicação da variância, nas várias etapas das práticas centradas na família, nas dimensões frequência e importância.

Quadro 72

Síntese da Análise das Regressões das Variáveis Independentes que Caracterizam os Projectos de IP e que Explicam a Variância na Frequência e Importância das Práticas Centradas na Família

V. Dependentes	V. Independentes	R	R2	Beta	T	Sig
PCI	Articulação do Projecto	.11	.01	.11	2.558	.011
PCF	Articulação do Projecto	.16	.02	.16	3.712	.000
AVF	Articulação do Projecto	.15	.02	.15	3.492	.001
AVI	Articulação do Projecto	.11	.01	.12	2.684	.007
PLANF	Articulação do Projecto	.21	.05	.21	5.149	.000
PLANI	Articulação do Projecto	.18	.03	.18	4.338	.000
INTERF	Articulação do Projecto	.13	.02	.13	2.988	.003
INTERI	Articulação do Projecto	.12	.01	.12	2.801	.005

Relativamente à etapa PCI, é de referir que este modelo apresenta-se estatisticamente significativo na exploração da variância [F (1.556)= 6.54; $p < .05$], e que a variável articulação do projecto explica 1% da variância. Nesta etapa, verifica-se a existência de significância estatística [F (1.556)= 13.78; $p < .001$] na mesma variável, a qual explica 2% da variância nesta etapa. Na etapa AVF, o modelo apresenta-se estatisticamente significativo [F (1.556)= 12.194; $p \leq .001$], com uma variância explicada de apenas 2%. Existe, igualmente, significância estatística na etapa AVI [F (1.556)= 7.206; $p \leq .007$], com 1% da variância explicada.

A exploração da variância, na etapa PLANF, apresenta-se estatisticamente significativa [F (1.556)= 26.512; $p \leq .001$], sendo explicada pela variável articulação, em apenas 5% da variância. Esta variável explica ainda 5% da variância na etapa PLANI, com significância estatística de [F (1.556) = 18.815; $p \leq .001$]. Existe, igualmente, significância estatística na exploração da variância na etapa INTERF [F (1.5562)= 8.930; $p < .01$], com uma percentagem de variância explicada de 16%, e na Etapa INTERI [F (1.556)= 7.846; $p < .01$], com uma variância explicada de 15% .

Objectivando a reflexão sobre os resultados obtidos, em relação ao impacto da variável articulação do projecto de IP nas várias etapas das práticas centradas na família, podemos afirmar que o impacto é sempre superior nas etapas relacionadas com a frequência das práticas, comparativamente com o seu grau de importância. Outro aspecto a salientar é que o peso relativo da variável articulação atinge valores superiores nas etapas relacionadas com a planificação e intervenção nas duas dimensões (frequência e importância), com clara dominância na etapa referente à intervenção nas duas dimensões. As etapas primeiros contactos e avaliação têm, simultaneamente, o mesmo peso relativo, embora a variância explicada seja praticamente insignificante, em termos de impacto, nas práticas centradas na família.

III CAPÍTULO – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO

Introdução

Neste capítulo, procuraremos analisar e interpretar os resultados obtidos na investigação realizada no âmbito da abordagem centrada na família em IP, tendo em conta as hipóteses e os objectivos formulados inicialmente, bem como a sua consistência com os resultados encontrados na investigação.

Deste modo, e no sentido de facilitar, quer a discussão do investigador, quer a compreensão e leitura dos resultados, abordaremos individualmente cada uma das hipóteses formuladas, relacionando e enriquecendo os resultados obtidos, através da análise e reflexão dos dados quantitativos e qualitativos, com os resultados encontrados por outros estudos de investigação na área das práticas centradas na família, em IP.

Hipótese 1

A formação dos profissionais (inicial, especializada, e em serviço) e o tempo de serviço em Intervenção Precoce influenciam as Práticas Centradas na Família.

Relativamente à análise da interacção da variável formação inicial com as práticas centradas na família, podemos constatar que as diferenças são significativas na frequência em todas as etapas das práticas, não se tendo verificado, nessas mesmas etapas, diferenças estatisticamente significativas na importância atribuída pelos profissionais com formações de base ou iniciais distintas.

Na análise de contraste entre profissionais com formações iniciais distintas, não verificamos diferenças com significância estatística, embora se possa afirmar, pela análise dos resultados, que os profissionais que demonstram melhores resultados, em todas as etapas das práticas centradas na família, em particular nas dimensões frequência e grau de importância atribuído, são as educadoras de infância e os psicólogos, ao passo que os resultados mais baixos foram obtidos pelos médicos e pelos enfermeiros.

Curiosamente, estes resultados, de certa forma, contrariam os resultados obtidos por Bailey et al. (1991), nomeadamente quando referem que os enfermeiros e os técnicos de serviço social demonstram resultados mais altos nas práticas centradas na família, comparativamente com as educadoras de infância e com os terapeutas. A explicação para este facto residiria nos conteúdos acerca do trabalho com famílias, ministrados na formação inicial, ou de base, dos primeiros.

No contexto português, a temática da formação inicial foi objecto de análise de vários estudos, entre os quais destacamos o de Rodrigues (2003), que refere a necessidade de formação ao nível da intervenção com as famílias e na relação com outros profissionais, das educadoras de infância de apoio educativo, e o estudo de Gonçalves (2005), que concluiu que, apesar de existirem escolas (Universidades Públicas e Escolas Superiores de Educação) que abordam conteúdos promotores da IP, globalmente, a formação não dá garantias de resposta às competências requeridas aos profissionais de IP, no Despacho Conjunto 891/99.

A importância de formação específica em IP, no âmbito da formação inicial dos diferentes profissionais envolvidos nos projectos de IP, foi ainda explicitada e relevada nos estudos de Ruivo e Almeida (2002) e de Pimentel (2003), que, ao nível da formação em IP, apontam para a existência de lacunas nos conteúdos da formação inicial da maioria das educadoras de infância, e no estudo de Figueiredo (2002) que, observando também a existência de lacunas na formação inicial das educadoras de infância, centra essas lacunas em torno de conteúdos relacionados com o trabalho com famílias, trabalho em equipa, e com fundamentos específicos da IP.

Quanto aos resultados do nosso estudo, consideramos a hipótese dos resultados obtidos pelas educadoras de infância e pelos psicólogos poderem dever-se à introdução de módulos de formação em IP no plano de estudos destes profissionais. Com o objectivo de verificar esta possibilidade, contactámos as várias Instituições de Ensino Superior que, em Portugal, ministram cursos de formação para educadores de infância e psicólogos, e verificámos que a integração da IP no currículo destas categorias profissionais é, de facto, uma realidade nas seguintes instituições: Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Escola Superior de Educação de Coimbra, Escola Superior de Educadores de Infância Maria Ulrich, Escola Superior de Educação de Portalegre, Universidade de Évora, e Universidade de Aveiro.

Outro aspecto, por nós verificado, e que de alguma forma poderá influenciar os resultados, nas práticas centradas na família, deste grupo de profissionais, é o facto de serem estes profissionais aqueles que têm maior experiência na IP (mais anos de serviço em IP), e que mais frequentemente referem ter formação em serviço, nesta área. Contrariamente às educadoras de infância e aos psicólogos, os médicos e os enfermeiros são os profissionais que evidenciam menor tempo de serviço em IP e menor frequência de formação específica na IP. Estes dados suscitam-nos algumas reflexões, que se prendem com o facto de o impacto da formação inicial nas práticas centradas na família não poder ser analisado isoladamente, mas poder estar dependente dos anos de experiência dos profissionais, na IP, bem como da formação realizada em serviço, na IP.

Para terminar, gostaríamos de referir o contributo de alguns investigadores e de algumas organizações, que referem que a introdução de módulos específicos da IP, aquando da formação inicial, pós-graduada, e em serviço, dos profissionais, constitui uma estratégia fundamental para a implementação e para a qualidade das práticas centradas na família em IP (Almeida, 2007; Bailey, Palsha, & Huntington, 1990; Bailey, Simeonsson, Yoder, & Huntington, 1990; Carvalho, 2004; Carvalho & Boavida, 2003; Dias, 2007; EADSNE, 2005; Figueiredo, 2002; Gonçalves, 2005; McCollum, 1989; R. A. McWilliam, 1996; Pereira, 2003; Pimentel, 2003; Roberts & Wasik, 1990; Rodrigues, 2003; Ruivo & Almeida, 2002; Serrano, 2003b, 2007; Stayton, Miller, & Dinnebeil, 2003; Viana, 2005; Winton, McCollum, & Catlett, 2008b).

Na análise do impacto da variável formação especializada, nas 4 etapas das práticas centradas na família, para além da sua reduzida incidência, não verificámos quaisquer tipos de diferenças significativas entre os profissionais que constituem a amostra deste estudo, o que, em nosso entender, se poderá dever à grande diversidade de categorias e de graus de formação dos profissionais envolvidos no estudo, que, para efeitos de análise, se poderão caracterizar e enquadrar em 5 categorias de formação, a saber, Educação Especial, Saúde, Psicologia, Ciências da Educação, e Outras, distribuídas por diferentes graus de formação, como Mestrados, Pós-Graduações e Especializações.

Esta diversidade de especializações, em diferentes áreas de formação, representa um conjunto de disciplinas profissionais com diferentes concepções teóricas, com diferentes práticas, e com diferentes códigos de ética que, do ponto de vista das práticas centradas na família, se traduzem, por vezes, em práticas de conteúdo e de qualidade inconsistentes, bem como na falta de oportunidades de trabalho em equipa com outros

profissionais (Winton, McCollum, & Catlett, 2008c), com a agravante de estes profissionais estarem enquadrados em diferentes projectos de IP, com perspectivas conceptuais e com práticas distintas.

Neste contexto, faz sentido reconhecer que a especialização em várias áreas profissionais, por si só, não é suficiente para apoiar as crianças e as suas famílias, quando se perspectiva uma aprendizagem e um desenvolvimento de qualidade, pois, tal como é referido por Winton e McCollum (2008c), o conhecimento, em IP, está constantemente em expansão, exigindo dos profissionais actualizações contínuas e uma formação ao longo da vida, o que nos alerta para a necessidade de reestruturar programas de formação em serviço que permitam, aos diversos profissionais, uma formação qualificada, em IP, que lhes possibilite integrar e implementar as práticas recomendadas pela investigação nos projectos em que estão inseridos (Brotherson, Summers, Bruns, & Sharp, 2008; Bruder et al., 2005; Snyder & Wolfe, 2008).

Um dos resultados do nosso estudo, que gostaríamos de destacar, é o não impacto da categoria formação especializada em Educação Especial, aliás, em consonância com os resultados obtidos por Martins (1999), que conclui que a formação especializada em Educação Especial não tem influência nas práticas centradas na família e no seu grau de importância.

Relativamente à categoria Educação Especial, verificámos que, aproximadamente 50% dos profissionais que referem possuir formação especializada, se enquadram nesta categoria, que, por seu turno, abrange variadíssimas nomenclaturas de formações. Tal facto, suscita-nos curiosidade, e, por vezes, importa também referir algumas dúvidas em relação aos conteúdos e aos objectivos abordados nestes cursos, aspecto que, na nossa opinião, poderá, e deverá, ser abordado em investigações posteriores, que caracterizem este tipo de formações e analisem o seu impacto na IP.

Com efeito, a diversidade de formações ao nível da Educação Especial, em Portugal, pode ser o espelho de um sistema fragmentado, com consequências ao nível da disparidade de perspectivas conceptuais e teóricas, da falta de consistência interna dos conteúdos ministrados, bem como da inadequação em relação às práticas recomendadas pela investigação. Bruder e Dunst (2005) reforçam esta suspeita, com a divulgação dos resultados do estudo com profissionais de IP que ministram formação superior nesta área, indicando que as práticas recomendadas em IP, designadamente a abordagem centrada na

família e a interdisciplinaridade, não fazem parte dos conteúdos do currículo de formação dos profissionais de Educação Especial/Intervenção Precoce.

Outro aspecto que merece a nossa atenção é o número restrito de profissionais com formação específica, em IP. Esta constatação reflecte, na nossa opinião, a escassez de entidades de formação de Ensino Superior a ministrarem cursos de formação especializada, em IP, em Portugal. Tendo em conta o período de ocorrência de recolha de dados do nosso estudo, podemos identificar, apenas, a existência de 4 entidades de formação especializada em Portugal, nomeadamente com o Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho e a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, a conferirem o grau de mestre, em IP, com a Faculdade de Motricidade Humana a conferir o grau de licenciatura, e com a Escola Superior de Educação de Portalegre a conferir uma pós-graduação. Actualmente (2008/2009), apenas a Universidade do Minho ministra dois cursos de formação em IP (pós-graduação e mestrado), e a Faculdade de Motricidade Humana, o grau de licenciatura.

Esta constatação vem ao encontro dos resultados encontrados por vários investigadores portugueses, que referem que a formação específica, em IP, em Portugal, é maioritariamente pontual, e não é assegurada pela maioria dos serviços de IP, sendo provavelmente, este facto, a causa das práticas de apoio, em IP, em Portugal, estarem ainda distantes do que são os modelos e as práticas recomendadas, actualmente, na IP (Almeida, 2000, 2007; Mota, 2000; Pimentel, 2003; Ruivo & Almeida, 2002; Veiga, 1995; Winton et al., 2008b).

Passando aos efeitos principais da variável formação em serviço na IP, podemos concluir que esta variável tem impacto no grau de frequência e de importância em todas as etapas das práticas centradas na família, pois os profissionais que referem ter tido formação na área da IP demonstram resultados mais altos, comparativamente com os profissionais que não fizeram este tipo de formação.

Da análise dos resultados, gostaríamos de destacar as etapas PLANF e INTERF, por serem aquelas em que os profissionais com formação em serviço demonstraram melhores resultados, e a etapa AVF, por ser aquela em que estes profissionais evidenciam resultados mais baixos, embora tenham obtido melhores resultados do que os profissionais sem formação em serviço.

Os resultados obtidos, na etapa AVF, poderão dever-se à existência de práticas monodisciplinares na avaliação da criança, habitualmente desenvolvidas por determinadas

categorias profissionais, entre as quais se destacam as dos psicólogos e das educadoras de infância, e, também, à dificuldade sentida pelos profissionais em envolverem a família nesta etapa, por considerarem, na maioria das vezes, tratar-se de uma etapa que exige um domínio, relativamente às técnicas e aos procedimentos utilizados (Carvalho, 2004; Crais & Belardi, 1999; Fernandes, 2001; P.J. McWilliam, Winton, & Crais, 2003; Mota, 2000; Veiga, 1995).

Outro aspecto relevante para a interpretação dos resultados é o facto de existirem poucos instrumentos de avaliação do desenvolvimento, aferidos para a população portuguesa, o que, na maioria das vezes, traduz, apenas, uma avaliação informal, não funcional, realizada 2 vezes no ano, apenas num contexto específico e de forma pontual.

Alguns investigadores já se debruçaram sobre este facto, em particular no âmbito do mestrado em IP do Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho, procurando aferir a adaptação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento e de avaliação das preocupações e necessidades de alguns elementos da família, por considerarem que estes instrumentos podem desempenhar um papel preponderante na participação activa e plena da família neste processo (Graça, 2008; Lopes, 2008; Reis, 2008; Teixeira, 2008).

As dificuldades de aferição e de adequação dos instrumentos de avaliação, na IP, como uma das principais barreiras à implementação das práticas centradas na família, não foi testemunhada apenas pelos profissionais do nosso estudo, encontrando paralelo nos estudos de Bailey et al. (1992), Bjorck-Akesson e Granlund (1995) e Pimentel (2003).

Sendo a etapa AVF, na maioria das vezes, o primeiro momento de encontro entre famílias e profissionais, logo, a primeira oportunidade para serem estabelecidas relações de parceria, de maximização e de promoção das capacidades das famílias, na participação activa neste processo, efectuando escolhas e tomando decisões, não deixa de suscitar alguma preocupação que os resultados encontrados demonstrem que os profissionais, para além de não assumirem de forma significativa, nesta etapa, as práticas centradas na família, também a considerem, no âmbito das 4 etapas avaliadas, a menos importante.

Curiosamente, os resultados do nosso estudo são similares aos obtidos por Bailey et al. (1992) e por S. L. McBride et al. (1993), mas são contraditórios com os resultados obtidos nos estudos de Carvalho (2004) e de Crais e Belardi (1999), que referem que os profissionais implementam e valorizam as práticas centradas na família na avaliação, embora existam algumas práticas que são menos implementadas do que outras,

nomeadamente: possibilitar à família a opção na identificação e na utilização de estratégias ou de actividades para uso, durante a avaliação da criança; a possibilidade de a família efectuar registos, antes e durante a avaliação; e de validar os resultados, antes da realização do relatório final de avaliação.

A discrepância obtida entre os resultados do nosso estudo e os resultados do estudo de Carvalho (2004) poderá ser explicada pela delimitação da amostra do estudo de Carvalho (2004) ao distrito de Coimbra. De facto, este distrito caracterizou-se, e caracteriza-se, pelo investimento na formação em serviço dos diferentes profissionais que participam no projecto integrado de IP, do distrito de Coimbra, bem como pela existência de uma supervisão perfeitamente estruturada e implementada, que perspectiva o processo de avaliação centrado na família, baseado numa perspectiva ecológica e transdisciplinar, e desenvolvido em articulação com os diferentes intervenientes no apoio à criança e sua família (Cruz et al., 2003). Outro aspecto referenciado no nosso estudo, que explica os resultados de Carvalho (2004), é o facto de a ANIP ser considerada como a entidade que ministra maior número de formações no âmbito da IP, em Portugal.

Em síntese, o nosso estudo comprova e reforça a importância da formação em serviço, quer através da análise das diferenças entre profissionais, relativamente às práticas centradas na família, quer nas respostas dos profissionais acerca das barreiras e das recomendações à implementação das práticas centradas na família, nos projectos de IP, a nível nacional.

O impacto da formação em serviço nas práticas centradas na família é, aliás, devidamente comprovado e valorizado em diversos estudos de investigação e por vários autores, sendo considerado moldura de qualidade e de quantidade dos apoios e serviços prestados em IP (Almeida, 2007; Bailey, Palsha et al., 1990; Bailey et al., 1991; Boone, McBride, Swann, Moore, & Drew, 1998; Bruder, 2000; Carvalho, 2004; Carvalho & Boavida, 2003; Chun, 2001; Coutinho, 1996; Jung & Baird, 2003; Mahoney & Bella, 1998; Mahoney & Filler, 1996; Mahoney, O'Sullivan, & Dennebaum, 1990; S. L. McBride et al., 1993; McCollum & Hemmeter, 1997; P. J. McWilliam, 2003c; R. A. McWilliam, Ferguson et al., 1998; R. A. McWilliam, Snyder, Harbin, Porter, & Munn, 2000; Pereira, 2003; Pereiro, 2000; Pimentel, 2003; Roberts & Wasik, 1990; Romer & Umbreit, 1998; Ruivo & Almeida, 2002; Santos, 2007; Serrano, 2007; Simões, 2007; Veiga, 1995; Viana, 2005; Winton, 2000; Winton & McCollum, 1997; Winton, McCollum, & Catlett, 1997; Winton et al., 2008b) .

Passando aos efeitos da variável tempo de serviço em IP, nas 4 etapas das práticas centradas na família, encontramos diferenças com significado estatístico em todas as etapas, excepto na etapa INTERF, sendo notório, através da análise dos resultados, que o grupo 3, ou seja, os profissionais que têm 10 ou mais anos de serviço em IP, portanto, com mais experiência na área, evidenciam melhores resultados em todas as etapas das práticas centradas na família, quando comparados com os outros dois grupos de profissionais.

O impacto da variável tempo de serviço na IP foi analisado em variadíssimas investigações, entre as quais destacamos o estudo de Dempsey e Carruthers (1997), segundo o qual os profissionais que possuíam mais de 5 anos de serviço, em IP, conseguiram obter melhores resultados, ao nível das práticas centradas na família, destacando-se nas componentes participativas dessas mesmas práticas, designadamente na capacidade de dar poder de escolha e de decisão às famílias, comparativamente com os profissionais que possuíam entre 1 e 5 anos de serviço. Estes resultados são consonantes com os resultados obtidos por Chun (2001) e por R. A. McWilliam et al. (2000), que referem, por sua vez, que quanto maior o tempo de serviço dos profissionais em IP, melhores os seus resultados nas práticas centradas na família, bem como no grau de importância que lhes é atribuído. Em Portugal, Pimentel (2003), no seu estudo de doutoramento, comprovou igualmente que o tempo de serviço em Educação Especial/IP tem impacto nas práticas centradas na família, especificamente nos itens englobados no 2.º factor (serviços focados na família), da *Escala de Intervenção Focada na Família*, não tendo verificado a existência de diferenças significativas no factor 1 (serviços focados na criança).

Não obstante, estes resultados são contraditórios com os obtidos nos estudos de investigação de Bailey et al. (1991), de Martins (1999), de Pereira (2003), e de Pereira (2000), que referem a não existência de qualquer tipo de correlação significativa entre a frequência e o grau de importância das práticas centradas na família e o tempo de serviço do profissional em IP. Inclusivamente, Jung e Baird (2003) consideram que o tempo de serviço em IP está associado, de forma negativa, com as práticas centradas na família, ou seja, o que significa que quanto maior é o tempo de serviço do profissional, mais baixos são os resultados conseguidos nas suas práticas.

Hipótese 2

O número de crianças apoiadas pelo profissional e a faixa etária (0-2 e 3-5 anos) influenciam as práticas centradas na família

O número de crianças apoiadas, nas faixas etárias 0-2 e 3-5 anos, não influencia os resultados obtidos nas práticas centradas na família, nas dimensões frequência e grau de importância. Com efeito, os coeficientes obtidos, através da análise da possível relação de dependência entre estas duas variáveis, evidenciam ausência de associação, embora existam autores que referem o impacto do número excessivo de casos apoiados nas práticas centradas na família (Chun, 2001; Li, 2001; Romer & Umbreit, 1998; Zhang & Bennett, 2001).

A ausência de relação entre as duas variáveis poderá estar, numa primeira análise, relacionada com os rácios família/profissional verificados nos projectos envolvidos neste estudo, que atribuem 1 profissional para 5 famílias/crianças, na faixa etária 0-2 anos, e 1 profissional para 8 famílias/crianças, na faixa etária 3-5 anos, encontrando-se na mesma linha dos rácios obtidos por Almeida (2007), que obteve um rácio aproximado de 1 profissional para 4 famílias, e dos rácios obtidos no estudo de avaliação do impacto da IP, no Alentejo, levado a cabo por Franco e Apolónio (2008), de 1 profissional para 9 crianças, distanciando-se, por outro lado, dos rácios obtidos no relatório do grupo interdepartamental para a IP, que estabelece rácios de 1 profissional para 10 famílias, na faixa etária 0-2 anos, e de 1 profissional para 18 famílias, na faixa etária 3-5 anos.

A não significância do impacto do número de crianças apoiadas nas práticas centradas na família, apenas através dos rácios, poderá induzir afirmações de que existem recursos humanos em excesso na IP, o que, na nossa opinião, poderá gerar interpretações e conclusões enganadoras, que não consideram suficientemente o facto de a maioria dos profissionais afectos aos projectos de IP estarem a tempo parcial, de acordo com o estipulado pela instituição a que estão locados, que a distribuição da carga horária coloca inúmeros constrangimentos ao funcionamento das equipas e, simultaneamente, inviabiliza a implementação das práticas recomendadas, nomeadamente a interdisciplinaridade ou transdisciplinaridade no trabalho da equipa, a abordagem centrada na família, e a inclusão e a valorização dos contextos naturais. Acresce, em muitos casos, a dispersão geográfica das famílias apoiadas, que resulta em deslocações que envolvem grande dispêndio de

tempo, tempo este que poderia ser rentabilizado no apoio mais sistemático às famílias envolvidas. Todos estes impedimentos ou barreiras são objecto de referência no nosso estudo, consubstanciando e confirmando as conclusões do estudo de Almeida (2007) .

Relativamente à idade da criança, pode constatar-se que, à semelhança dos resultados obtidos por Pimentel (Pimentel, 2003), não existe qualquer correlação significativa entre a faixa etária e as práticas centradas na família, embora Pimentel (Pimentel, 2003) tenha observado a existência de correlações negativas entre a idade da criança e a quantidade de serviços focados na criança.

Estes resultados contrastam com os obtidos noutros estudos de investigação, que referem que as práticas centradas na família são mais evidentes, quando as crianças se situam na faixa etária 0-3 anos, comparativamente com a faixa etária 3-5 anos (Mahoney et al., 1990; R. A. McWilliam et al., 1995; Pereira, 2003; Ruivo & Almeida, 2002), o que, a diversos títulos, se deverá considerar positivo. Com efeito, a não diferenciação em ambas as dimensões analisadas das práticas centradas na família, tendo em conta a faixa etária da criança, ou seja, o facto dos profissionais integrados nos projectos de IP, em Portugal, utilizarem e considerarem importantes a adopção das práticas centradas na família, independentemente da faixa etária da criança, significa, entre outras coisas, que se poderá evitar a duplicação de serviços e de recursos vigente no nosso país, com a vantagem de permitir uma maior acessibilidade e uma melhor adequação da qualidade dos serviços e apoios prestados, no âmbito da IP. Trata-se, portanto, de um sinal positivo de adequação das práticas dos profissionais às recomendações da investigação, apesar da diferenciação existente nas modalidades de atendimento e no processo de desenvolvimento, nestas duas faixas etárias.

De resto, a abrangência da IP à faixa etária 0-6 anos é, inclusivamente, defendida e justificada por inúmeros investigadores (Bailey & Wolery, 1992; Harbin, McWilliam, & Gallagher, 2000; Sandall, McLean, & Smith, 2000; Serrano, 2003a; Shonkoff & Meisels, 2000), bem como por alguns relatórios, entre os quais se destaca o *Manifesto do Grupo de Trabalho Eurlyard*, e pela legislação portuguesa que enquadra as orientações para a IP, o Despacho Conjunto 891/99, de 19 de Outubro. Segundo Serrano (2003a), considerar a IP apenas no apoio a crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 3 anos seria subestimar a importância do ciclo de desenvolvimento da criança, bem como a promoção de oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento da criança após esta idade. Outro factor importante, relevado por esta investigadora, prende-se com a fragmentação dos

apoios à criança e à família, aquando da entrada no sistema pré-escolar, apoios estes referenciados como difíceis e sem sentido, pelas próprias famílias.

Hipótese 3

O tipo de profissional (educadores de infância ou outrem) diferencia-se nas práticas centradas na família, bem como no desempenho de funções de coordenador de caso.

Relativamente à análise das práticas centradas na família, tendo em consideração a categoria profissional, verificaram-se diferenças altamente significativas nas práticas das educadoras de infância, que demonstraram melhores resultados na frequência das práticas centradas na família, comparativamente com os outros profissionais, o mesmo já não acontecendo em relação ao grau de importância atribuído.

Se, à primeira vista, estes resultados contrastam com os obtidos no estudo de Pereiro (2000), que refere que os profissionais não docentes (terapeutas, psicólogos, técnicos de serviço social, médicos, e enfermeiros) centram a sua intervenção prioritariamente na família, em comparação com os profissionais docentes (educadoras de infância), que centram a sua intervenção essencialmente na criança, os valores encontrados ao nível da frequência, nas educadoras de infância, comparativamente com os outros profissionais, não deverá surpreender, na medida em que esta categoria profissional é a que revela maior experiência e mais elevada percentagem de formação em serviço, na IP, variáveis, como já vimos, com um impacto significativo nas práticas centradas na família.

No que diz respeito à análise da relação entre a categoria profissional com o desempenho de funções de coordenador de caso, mais uma vez são as educadoras de infância que desempenham esta função em maior proporção, resultado semelhante ao obtido no estudo de avaliação do impacto da IP, no Alentejo, por Franco e Apolónio (2008), que referem serem as educadoras de infância as profissionais que mais frequentemente desempenham as funções de coordenador de caso.

Esta relação poderá dever-se, na nossa opinião, ao facto de as educadoras de infância se encontrarem em maior número na totalidade dos projectos de IP, em Portugal, e de se encontrarem locadas, na maioria das vezes, a tempo inteiro, ao passo que os outros profissionais não só têm uma representação menos significativa, ao nível dos projectos,

como a sua locação é parcial, em virtude de pertencerem a outras instituições. Com efeito, como veremos mais à frente, os próprios profissionais identificam a locação parcial como uma das barreiras que dificulta a implementação das práticas centradas na família, nos projectos de IP, em Portugal, com repercussões no âmbito da interacção, da colaboração, de forma constante e oportuna, com os vários elementos da equipa, com dificuldades na agenda e na participação em reuniões com os pais e profissionais, no apoio mais frequente às famílias, e na disponibilidade de horários.

Relativamente à função de coordenador de caso, definida no Despacho Conjunto 891/99, de 19 de Outubro, como *responsável de caso*, esta função parece ainda suscitar algumas dúvidas aos profissionais e às próprias famílias, apesar de estas considerarem importante a existência de um profissional coordenador de caso, que conheça a família e que com esta mantenha um contacto e uma comunicação regular, facilitando, assim, a acessibilidade aos serviços/apoios existentes na comunidade (S. F. Allen, 2007).

Pimentel (2003), por exemplo, chama a atenção para o facto de o papel deste profissional ainda não estar suficientemente bem definido, havendo profissionais a desempenharem este cargo por imposição dos coordenadores de serviço, cujo impacto negativo se traduz na incapacidade das famílias em identificá-lo, como está patente nos estudos de Pereira (2003) e Franco e Apolónio (2008).

A dificuldade dos profissionais em assumirem o papel do coordenador de caso deve-se, em boa medida, à complexidade das funções atribuídas, que envolvem níveis diferenciados de actuação, e cenários que vão desde a família, à interacção com outros profissionais, com outros projectos, com outros serviços, e com a própria comunidade, exigindo destes profissionais um conjunto de competências e de funções que dificilmente, na nossa opinião, poderão ser implementadas sem uma formação específica em IP.

Esta tese é corroborada por vários autores, que referem que a falta de competências dos profissionais para implementarem as práticas centradas na família se deve, em particular, à complexidade dos processos e dos contextos, no apoio às famílias em IP, que, por sua vez, se traduz em exigências profissionais e pessoais que vão desde o conhecimento, a capacidade, e a experiência na análise das situações, a utilização de abordagens alternativas, a metodologias e a técnicas mais adequadas na avaliação dos resultados e à justificação das suas opções, bem como à utilização de competências relacionadas com a comunicação, com a advocacia, com a resolução de problemas, com a

reflexão, com a criatividade, entre outras (Gallacher, 1997; S. L. McBride & Brotherson, 1997; Stayton, 2003; Winton & McCollum, 1997; Winton et al., 2008b).

Em Portugal, a função de coordenador de caso, nos projectos de IP, é predominantemente atribuído às educadoras de infância, em grande parte, por estarem locadas a tempo inteiro aos projectos, o que lhes permite manterem um contacto mais efectivo com as famílias, não obstante haver outros profissionais a desempenharem também esta função (em número inferior às educadoras de infância), em que o critério de atribuição se prende, essencialmente, com as necessidades e com as prioridades dos casos a atender.

Na nossa perspectiva, é fundamental clarificar as funções do coordenador de caso, na legislação que vier a regulamentar a IP, em Portugal, seguindo o exemplo da Parte H da legislação americana PL. 99-457, uma vez que este profissional desempenha funções cruciais para que os apoios às famílias em IP sejam potenciadores e concretizadores das práticas centradas na família, nos projectos de IP, em Portugal. Este profissional deverá coordenar o conjunto de serviços e de apoios necessários para a família, constituindo-se como o ponto de contacto directo com a família, e contribuindo, assim, para que a família possa obter os serviços e os apoios desejados.

Park e P. Turnbull (2003) referem que o sucesso da implementação das funções de coordenador de caso está dependente de duas ordens de factores: interpessoais e estruturais. Os factores interpessoais incluem algumas características da interacção profissional/família, designadamente a capacidade de comunicação, uma “mente aberta”, a honestidade e a utilização de práticas centradas na família, no apoio prestado. Os factores estruturais incluem as relações entre equipas ou serviços, bem como a forma como o papel do coordenador de caso é conceptualizado e implementado, nos projectos de IP. A investigação refere ainda, como características mais relevantes dos factores estruturais, a existência de uma articulação e de uma comunicação flexível e fluida entre os diferentes serviços e apoios, bem como de um modelo que conceptualiza e enquadra as funções do coordenador de caso (Bruder & Dunst, 2008; Bruder et al., 2005; Dinnebeil & Rule, 1994; Park & P. Turnbull, 2003).

Segundo Bruder e Dunst (2008), embora os factores interpessoais e estruturais, anteriormente definidos, tenham impacto no sucesso da implementação das funções de coordenador de caso, a utilização das práticas centradas na família, nomeadamente da sua componente participativa, é absolutamente fundamental, pois trata-se do factor que mais

determina a obtenção de benefícios e de resultados no funcionamento da criança e da sua família, em IP.

Hipótese 4

A formação do profissional (inicial, especializada, e em serviço) influencia o tipo de barreiras identificadas pelo profissional na implementação das práticas centradas na família, assim como o tipo de recomendações feitas à sua implementação.

Ao analisarmos a influência do tipo de formação inicial dos profissionais envolvidos neste estudo, na identificação das barreiras à implementação das práticas centradas na família, o primeiro aspecto a salientar é a existência de relações de dependência e de associação, estatisticamente significativas, nas barreiras relacionadas com a formação dos profissionais, com as atitudes/comportamentos da família, e com a distribuição da carga horária na IP.

A ausência de formação específica na IP, bem como de supervisão das práticas dos profissionais, é destacada, na sua maioria, pelos psicólogos, pelos terapeutas ocupacionais, e pelos terapeutas da fala, notando-se «a inexistência de práticas/formação no currículo académico da formação inicial dos técnicos», com efeitos no âmbito da formação inicial dos profissionais, que «não foi direccionada para as práticas centradas na família», reforçando-se esta ideia com a admissão de que a «formação de base dos profissionais da equipa é, muitas vezes, centrada no modelo clínico/médico».

Na mesma linha de raciocínio da análise da primeira hipótese deste estudo, é relevante que as educadoras de infância não identifiquem este tipo de barreiras à implementação das práticas centradas na família. De facto, como vimos, é significativo o número de estabelecimentos de Ensino Superior que introduziram módulos de IP no currículo de formação destas profissionais.

As barreiras relacionadas com a atitude/comportamento das famílias são referidas por profissionais das áreas da saúde, da educação, e da psicologia, designadamente por terapeutas da fala, por fisioterapeutas, por técnicos de educação especial e reabilitação, por educadoras de infância, e por psicólogos. Estes profissionais referem, em particular, a existência de «famílias disfuncionais, desestruturadas que não sentem necessidade de

apoio», exemplificando algumas das situações propiciadoras a este tipo de atitude/comportamento, nomeadamente «alcoholismo assumido, desemprego, marasmo/depressão» e, ainda, «baixa auto-estima da maior parte das famílias apoiadas pela IP, devido ao facto de serem famílias multiproblemáticas». Outros aspectos valorizados pelos profissionais prendem-se com a «não adesão familiar, falta de sensibilização para a importância de participação no processo» e com a «insatisfação, desinteresse e resistência das famílias», que, segundo alguns profissionais, se poderá dever a «depressões e revolta por não aceitarem a deficiência do filho», «incapacidade de compreenderem a problemática dos filhos» ou, segundo outros profissionais, à «pouca confiança das famílias em relação aos técnicos», salientando-se, mesmo, a «desconfiança da família em relação aos técnicos», cuja origem poderá estar no facto de a família recear que a IP «lhes retire os filhos», e na dificuldade em distinguir os serviços da IP dos «serviços da Segurança Social e dos serviços das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens».

Em última análise, todos estes factores têm um impacto decisivo no papel decisor das famílias, nomeadamente na «dificuldade das famílias se perceberem como agentes activos com direitos e fazerem exigências aos serviços», na «dificuldade no reconhecimento das suas competências para se envolver como parte integrante das soluções para os seus problemas», e na «renitência em se tornarem parte activa do processo pelo facto das famílias não estarem habituadas a serem parceiras activas com direitos e deveres».

Ao reflectirmos sobre o tipo de barreiras integradas na categoria das atitudes/comportamentos da família, não deixamos de notar que a maioria das referências dos profissionais se focaliza, essencialmente, na falta de informação das famílias, que, segundo vários autores, é uma das componentes críticas do apoio às famílias (Bailey & Powell, 2005; Guralnick, 1997, 2001, 2005; Leal, 2008; R. A. McWilliam, 2005; R. A. McWilliam & Scott, 2001; R. A. McWilliam, Tocci, & Harbin, 1998).

Segundo Bailey e Powell (2005), a primeira tarefa da IP é apoiar a família, facilitando-lhe o acesso à informação de que necessita para desempenhar o seu papel no processo de escolha e decisão, que caracteriza a abordagem centrada na família, em IP, já que, segundo estes mesmos autores, quando o profissional não presta informação suficiente e adequada à família, o seu poder de decisão fica limitado a um poder legalista e burocrático. O acesso à informação permite às famílias participarem de forma efectiva nas decisões acerca dos serviços e dos apoios, assim como incrementa sentimentos de

segurança e de confiança, em relação à sua capacidade de utilizarem a advocacia na defesa dos seus direitos.

Relativamente à barreira relacionada com a distribuição da carga horária, em IP, ela é referida por um conjunto de profissionais com formações iniciais distintas (médicos, terapeutas ocupacionais, técnicos de educação especial e reabilitação, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, e terapeutas da fala), que destacam que os «horários rígidos dos técnicos, dificultam ou não permitem o contacto com outros profissionais e outros elementos da família, ex. pai» e que os «horários desfasados entre famílias e técnicos por falta de equipas dedicadas a 100% ao projecto», têm, como consequência, a «dificuldade em conciliar os horários com as necessidades e disponibilidade das famílias (período pós laboral já considerado)».

Em síntese, os aspectos relacionados com a distribuição da carga horária – «técnicos a tempo inteiro na IP» e «horários mais flexíveis, maior disponibilidade de horários para cada caso» – e a formação inicial dos profissionais – «mais e melhor formação dos próprios técnicos dos serviços de IP» – são as duas ordens de factores mais valorizadas pelos profissionais, não só ao nível da identificação das barreiras, como das principais recomendações à implementação das práticas centradas na família, nos projectos de IP, em Portugal.

Quanto ao impacto da variável formação especializada, no tipo de barreiras e de recomendações à implementação das práticas centradas na família, verificaram-se apenas relações de associação com as barreiras relacionadas com a atitude/comportamento dos profissionais, e com as recomendações referentes à necessidade de mais e melhores recursos materiais e financeiros, designadamente «melhores condições logístico/materiais», «criação de um espaço físico/sede para cada equipa, no sentido de facilitar o acesso rápido das famílias», «disponibilização de verbas para as equipas de IP», mais «meios logísticos e transportes», particularmente ao nível de «transportes para deslocações no apoio» e ao nível do «apoio financeiro às deslocações dos técnicos e à formação».

Relativamente à influência da variável formação em serviço, no tipo de barreiras identificadas, encontramos relações extremamente significativas com as barreiras relacionadas com o sistema, nomeadamente com o funcionamento e com as políticas da IP. Nesta categoria, os profissionais salientam a «indefinição legislativa do Ministério da Educação que nem sempre suporta as actividades que não sejam de apoio directo à

criança», referindo ainda a pouca sensibilidade para apoiar a família, e não apenas a criança, por parte das entidades públicas ligadas ao Ministério da Educação, designadamente creches, jardins-de-infância, agrupamentos de escolas, entre outros. As «dificuldades nos concursos do Ministério da Educação para a IP» e, em particular, as políticas de mobilidade que condicionam as «educadoras de infância não pertencerem às equipas de forma mais definitiva», são outros dos aspectos apontados.

Do ponto de vista da investigação, não encontramos na literatura estudos pormenorizados de análise do impacto da formação na definição das barreiras e das recomendações à implementação das práticas centradas na família, embora tivéssemos encontrado vários estudos que identificam, de uma forma geral, um conjunto de barreiras e de recomendações à implementação destas práticas (S. F. Allen, 2007; Almeida, 2007; Bailey et al., 1992; Bjorck-Akesson & Granlund, 1995; Campbell & Halbert, 2002; Dinnebeil & Rule, 1994; Martins, 1999; S. L. McBride et al., 1993; Moreira, 2007; Pereiro, 2000; Summers et al., 2001; Zhang & Bennett, 2001).

A maioria destes estudos identifica, como principais barreiras, os aspectos relacionados com as famílias, designadamente a falta de conhecimento e de competências para participarem em todo o processo de intervenção e de decisão; aspectos relacionados com o sistema, nomeadamente falta de recursos, burocracias, falta de articulação e de coordenação de serviços, perspectivas divergentes de enquadramento conceptual da IP entre administradores, ou responsáveis pelos projectos, e entre profissionais (Almeida, 2007; Bailey et al., 1992; Bjorck-Akesson & Granlund, 1995; Martins, 1999; Moreira, 2007; Pereiro, 2000).

Tal como nos estudos referidos anteriormente, os resultados do nosso estudo identificam, com maior incidência, as barreiras enquadradas na categoria sistema, destacando, também, as barreiras integradas na categoria dos profissionais, que se reportam essencialmente às atitudes/comportamentos dos profissionais e à falta de formação específica, em IP, na formação inicial, especializada, e em serviço.

Na subcategoria atitudes/comportamentos dos profissionais, por exemplo, são enunciadas «questões culturais e de mentalidade dos técnicos, ... os técnicos é que sabem, os técnicos é que mandam», ou seja, considera-se que a intervenção é «muito centrada nas decisões dos profissionais», que «têm o poder em todo o processo», e referindo-se ainda a «falta de crença dos técnicos nesta prática, ou seja, ao conceito pré-estabelecido de que os

técnicos é que sabem o que é melhor para a família, o que não permite aceitar e trabalhar as famílias dentro das suas diferentes realidades».

Por sua vez, na subcategoria formação/supervisão, os profissionais salientam a «escassez de formação (ou possibilidade de a realizar)»; a «falta de formação específica em IP», particularizando alguns conteúdos específicos, nomeadamente a «falta de formação no trabalho em equipa que favoreça a implementação de práticas consensuais», e a «falta de formação em trabalho com famílias». Reforçam ainda a importância da supervisão, referindo a «ausência de supervisão efectiva (regular e significativa) em geral» e a necessidade de incluir módulos de formação, em IP, aquando da formação inicial e em serviço, notando «a inexistência de práticas/formação no currículo académico, aquando da formação inicial dos técnicos» e a «necessidade de formação contínua», que consideram dever ser «promovida pelas entidades responsáveis, adequada e necessária para o desempenho».

Em jeito de conclusão, importa reconhecer que a valorização da categoria de barreiras relacionadas com a atitude/comportamento dos profissionais, aliás coincidente com o resultado obtido por Zhang e Bennett (2001), no estudo sobre as crenças dos profissionais acerca da implementação das práticas centradas na família, evidencia, de forma clara, uma preocupação dos profissionais em reflectirem sobre o seu papel no esforço de implementação das práticas centradas na família, facto este que é um sintoma de uma maturidade profissional que contrasta, por exemplo, com os resultados obtidos por Almeida (2007), em que apenas 11% dos profissionais envolvidos no estudo questiona directamente as suas práticas.

Hipótese 5

A formação dos profissionais (inicial, especializada, e em serviço) tem influência no tipo de funções específicas desempenhadas pelo profissional, no projecto de IP.

Quanto às funções específicas desempenhadas pelos sujeitos da amostra (além da função de responsável de caso), dos 558 inquiridos apenas 118 (21,1%) referem desempenhar essas funções. Das funções específicas referidas salientam-se, entre outras, as funções de coordenação da equipa de intervenção directa, desempenhadas essencialmente

por psicólogos, por educadores, e por técnicos de serviço social; de responsável pela avaliação do desenvolvimento, função esta atribuída exclusivamente aos psicólogos; de dinamizador de equipa, a cargo de educadores e de psicólogos; de responsável pela articulação dos serviços de saúde, desempenhada pelo pessoal da saúde, designadamente por enfermeiros e por médicos, e, finalmente, de responsável pelo 1.º contacto com as famílias/triagem, cargo existente em apenas três distritos do país (Porto, Évora e Beja), sendo desempenhado, respectivamente, por profissionais com formação em Psicologia, em Terapia Ocupacional e em Serviço Social.

Da análise dos resultados, podemos concluir, em primeiro lugar, que os profissionais que desempenham funções específicas em maior percentagem, para além das funções de coordenador de caso, são os psicólogos, os terapeutas ocupacionais, os técnicos de serviço social, e as enfermeiras. Em segundo lugar, podemos igualmente concluir que a maior parte dos profissionais que desempenham estas funções possui formação especializada e formação em serviço, em IP.

Finalmente, das várias funções enumeradas, gostaríamos de destacar a pertinência da função de responsável pelo primeiro contacto com a família. Trata-se, sem dúvida, de um momento decisivo para o desenvolvimento e para a implementação da abordagem centrada na família, seja através do incremento de relações positivas e de respeito entre as famílias e os profissionais, seja através da recolha e da disponibilização da informação necessária à implementação do plano de atendimento familiar individualizado.

Esta função poderá, assim, evitar diversos constrangimentos habituais nos projectos de IP, relacionados com a fragmentação e com a dispersão dos serviços, que colocam um conjunto de problemas às famílias, como a demora na identificação, a dificuldade de acesso aos serviços e, nomeadamente, a falta de informação em relação ao local a que se devem dirigir, à pessoa com quem devem contactar, ao início do apoio, e a dificuldades em aceder a outros serviços e recursos necessários (Beckman, 1996; Guralnick, 2005; Harbin, 2005; P. J. McWilliam, 2003b).

A função de responsável pelo primeiro contacto deverá, pois, na nossa opinião, expandir-se nos projectos de IP a nível nacional, constituindo-se como uma fonte geradora de possibilidades e de oportunidades de apoio à família, em todas as fases do processo de IP (Harbin, 2005), compensando, em muitos casos, a fragmentação e a dispersão dos serviços e dos apoios, bem como a dificuldade em aceder e em “navegar” nesses serviços.

Hipótese 6

O local onde é prestado o apoio tem influência nas práticas centradas na família.

Em relação aos locais de apoio, os resultados do nosso estudo indicam que o apoio no domicílio, e no domicílio e em outro local, atinge uma percentagem de 60.9%, na faixa etária 0-2 anos, e uma considerável percentagem de 26%, na faixa etária 3-5 anos, apenas inferior ao apoio realizado no jardim-de-infância, para esta faixa etária.

Ao testar-se o efeito da variável Local de Apoio às crianças das faixas etárias 0-2 anos, nas Práticas Centradas na Família, verificamos, por um lado, a existência de diferenças significativas nas etapas PCF, AVI, PLANF, PLANI, INTERF, e INTERI e, por outro lado, que o apoio prestado no domicílio, ou no domicílio e em outro local, demonstra valores mais elevados do que os obtidos noutros locais, em todas as etapas da frequência e importância das práticas centradas na família.

Relativamente à variável Local de Apoio das crianças da faixa etária 3-5 anos, existem diferenças significativas em todas as etapas das práticas centradas na família, excepto na etapa PCI. Ao analisarmos entre que local residia a significância das diferenças, constatou-se que na etapa PCF os resultados obtidos no jardim-de-infância, e no domicílio e em outro local, são superiores aos obtidos nos gabinetes das IPSS's; nas etapas PLANF e INTERF, os resultados são superiores no domicílio, comparativamente com os resultados obtidos nos centros de saúde e nos gabinetes das IPSS's, não se verificando a existência de contrastes na etapa AVF, embora os resultados demonstrem claramente a dominância, nesta etapa, dos locais de apoio no domicílio e em outro local, e no jardim-de-infância.

Podemos, deste modo, concluir que as práticas centradas na família são mais evidentes quando o apoio é realizado no domicílio, ou no domicílio e em outro local, quer na faixa etária 0-2, quer na faixa etária 3-5 anos. Estes resultados são comprovados pelos resultados obtidos por vários investigadores, que demonstram que os resultados obtidos nas práticas centradas na família são superiores, quando o apoio é prestado nos contextos naturais em que a criança está inserida, nomeadamente no domicílio e no jardim-de-infância, comparativamente com os resultados obtidos quando o apoio é realizado em gabinetes, e em clínicas ou centros de saúde (Able-Boone, Goodwin, Sandall, Gordon, & Martin, 1992; Li, 2001; Mahoney & Filler, 1996; Mahoney et al., 1990; S. L. McBride et

al., 1993; R. A. McWilliam et al., 1995; R. A. McWilliam et al., 2000; Pimentel, 2003; Roberts & Wasik, 1990; Ruivo & Almeida, 2002; Wesley, Buysse, & Tyndall, 1997).

A valorização dos contextos naturais é reforçado no Despacho conjunto 891/99, documento legal regulamentador da IP, em Portugal, e na investigação realizada por vários autores, que referem estes contextos como fonte de oportunidade de aprendizagem e de desenvolvimento da criança e da sua família (Bruder, 2001; Dunst, 2001a, 2001b; Dunst & Bruder, 1999a, 1999b; Dunst, Bruder et al., 2001; Dunst & Hamby, 1999a, 1999b; Dunst, Hamby, Trivette, Raab, & Bruder, 2000; Dunst, Herter, & Shields, 2000; Dunst, Herter, Shiels, & Bennis, 2001; Dunst, Trivette, Humphries, Raab, & Roper, 2001; R. A. McWilliam, 2000; Mott, 2005a; Mott & Dunst, 2006; Mott & Swanson, 2006; Raab, 2005).

Hipótese 7

A localização geográfica dos projectos de IP influencia as práticas centradas na família, e afecta as opiniões (barreiras e recomendações) dos profissionais sobre a implementação de tais práticas.

Quando analisamos a relação entre a localização geográfica dos projectos de IP e as práticas centradas na família, verificamos a existência de diferenças significativas, em todas as etapas, excepto na etapa INTERI, não se verificando, porém, a existência de contraste inter-grupos, embora nos deparemos com alguns distritos/ilhas que sobressaem, de forma positiva, na maioria das etapas das práticas centradas na família, comparativamente com os outros distritos analisados, nomeadamente, o arquipélago da Madeira, e os distritos de Viana do Castelo, de Coimbra, de Portalegre, e de Beja.

Com o intuito de compreender os resultados obtidos nos distritos referidos anteriormente, auscultámos os responsáveis dos projectos de IP localizados nesses distritos, no sentido de reflectirem, em equipa, sobre as razões destes resultados. Os resultados dessas reflexões foram, posteriormente, analisados por nós e pela nossa orientadora. Desta forma, numa primeira análise, pensamos que os resultados do distrito de Viana do Castelo poderão dever-se ao facto de, neste distrito, apenas terem colaborado, na sua maioria, os profissionais afectos a um projecto de IP, por sinal coordenado e

dinamizado por uma profissional com formação especializada em IP, com um tempo de serviço em IP superior a 10 anos, e que tem proporcionado e incrementado formação em serviço aos restantes profissionais deste projecto. Segundo os próprios profissionais deste projecto, os resultados devem-se, essencialmente, à «experiência e coesão da equipa», à «sensibilidade para compreender e respeitar a cultura de cada família, ajustando as nossas expectativas e orientações de forma a torná-la parceira em todo o processo», à «articulação estabelecida com outras estruturas e serviços da comunidade em que a família está inserida: creches, jardins-de-infância, serviços de saúde, autarquias, etc.».

No que se refere aos resultados obtidos pelos profissionais da Madeira, especificamente da zona do Funchal, consideramos a possibilidade de estes resultados estarem de alguma forma relacionados com o facto destes profissionais estarem integrados num projecto de Investigação - Acção em IP, projecto este que tem como objectivo a formação e supervisão dos diferentes profissionais envolvidos. Este projecto é coordenado cientificamente pela Doutora Ana Maria Serrano e dinamizado pela Direcção Regional de Educação Especial e Reabilitação da Madeira.

Segundo os dados obtidos através da reflexão conjunta dos diferentes profissionais que integram os projectos de IP da Madeira, os resultados devem-se à «Manutenção e estabilidades dos profissionais de diferentes áreas de especialização nas equipas», bem como às «Atitudes e crenças pessoais da maioria dos elementos da equipa consentâneas com as perspectivas actuais e práticas recomendadas em Intervenção Precoce»; à possibilidade de os profissionais «Contemplarem no seu horário momentos de avaliação e reuniões de equipa para discutir cada criança em particular, existindo uma coordenação sistemática do programa de intervenção de cada criança»; ao envolvimento da família em todo o processo; à existência da figura de «Responsável de caso»; e a «Intervenções desenvolvidas nos ambientes naturais e preocupações da equipa com a inclusão das crianças». Destacam, ainda, a existência de profissionais com «Formação específica em Intervenção Precoce e a utilização de abordagens de estudo de caso com supervisão»; e a «Preocupação da equipa em avaliar e monitorizar as suas práticas no final de cada ano lectivo e em avaliar os resultados na criança e na família (através de questionários de satisfação das famílias)».

Relativamente ao distrito de Coimbra, o PIIP de Coimbra foi o primeiro projecto de IP, em Portugal, a desenvolver e a implementar a abordagem centrada na família, utilizando para tal um conjunto de estratégias, como a formação em serviço, a supervisão dos profissionais, a articulação com serviços, com Universidades e com investigadores de renome nacional e internacional, na área da IP (Carvalho, 2004). Em paralelo com este trabalho, o PIIP de Coimbra estruturou e implementou a IP, com base num conjunto de influências validadas pela investigação, entre as quais se salientam os modelos transaccional e o ecológico, pressupondo uma abordagem centrada na família, baseada nos recursos da comunidade e nos contextos de vida das famílias (Boavida, 1995; Boavida & Borges, 1994; Boavida, Espe-Sherwindt, & Borges, 2000; Carvalho & Boavida, 2003).

Actualmente, continua a ser um projecto de referência a nível nacional e internacional, na medida em que, como refere Carvalho (2004), «o facto do PIIP contar já com 15 anos de experiência na IP, onde a formação em serviço dos profissionais e a supervisão procuram garantir a prestação de serviços de qualidade, poderá justificar a adesão evidente dos profissionais à maioria das práticas recomendadas como centradas na família» (p.180).

A IP, no Alentejo, instituiu-se a partir da experiência do PIIP de Coimbra e, actualmente, integra uma rede alargada de IP, criada tendo como referência as orientações do Despacho conjunto 891/99, que congrega a participação dos serviços regionais dos Ministérios da Saúde, da Educação, e da Solidariedade Social, bem como das IPSS's.

De uma forma geral, podemos afirmar que as respostas criadas pela IP, no Alentejo, se caracterizam por práticas consolidadas e validadas pela investigação, como se pode comprovar, aliás, através dos resultados dos estudos de Almeida (2007), segundo os quais os profissionais dos projectos de IP, da região do Alentejo, são os que menos reservas colocam às práticas centradas na família, os que mais se questionam sobre a importância e sobre a implicação das atitudes/comportamentos dos profissionais nestas mesmas práticas, e os que referem menores dificuldades no estabelecimento de redes/articulação de serviços e de apoios, e de Franco e Apolónio (2008), que não deixam de sublinhar «um forte impacto da rede de IP na actividade dos sistemas, serviços e profissionais» (p.122), bem como no desenvolvimento da criança e da sua família.

Outro aspecto relevante, que poderá ajudar a explicar os resultados obtidos no Alentejo, designadamente nos distritos de Portalegre e de Beja, é o facto de os profissionais que integram os projectos de IP destes distritos terem, na sua totalidade,

acesso à formação em serviço, em IP, formação esta ministrada de acordo com as necessidades dos diferentes profissionais que constituem as equipas destes projectos, segundo informação recolhida *a posteriori* junto dos profissionais de IP destes distritos, via telefone e e-mail.

Dito isto, importa agora analisar as relações de dependência entre a variável localização geográfica dos Programas de Intervenção Precoce e as principais barreiras à implementação das práticas centradas na família, relações essas que se fazem notar, em especial, nas barreiras relacionadas com as atitudes/comportamentos dos profissionais; com a mobilidade dos profissionais; com a distribuição da carga horária, na IP; com os recursos materiais; e com o funcionamento intra e inter-equipas de IP.

Relativamente à barreira atitude/comportamento dos profissionais, é destacada, essencialmente, pelos profissionais que integram os projectos de IP dos distritos de Évora, de Lisboa, de Braga, de Aveiro, do Porto, e de Setúbal. Os aspectos mais referenciados nesta categoria enquadram-se, fundamentalmente, no âmbito, por um lado, da supremacia dos profissionais, a título de peritos, em relação às famílias, como se ilustra na frase «os técnicos é que sabem, os técnicos é que mandam», e, por outro lado, da desconfiança dos profissionais em relação às práticas centradas na família, descrita como «falta de crença dos técnicos nesta prática», e através do «conceito pré-estabelecido de que os técnicos é que sabem o que é melhor para a família, o que não permite aceitar e trabalhar as famílias dentro das suas diferentes realidades, corresponsabilizando-as».

As consequências que decorrem deste tipo de barreiras, no apoio prestado às famílias, são descritas como «práticas individualistas onde apenas a criança continua a ser o alvo da intervenção» e como «não inclusão da família no processo».

A barreira mobilidade dos profissionais é destacada pelos profissionais dos projectos de IP dos distritos de Évora, de Setúbal, de Viseu, e de Beja. Estes profissionais realçam a «alteração periódica da equipa (e frequente)», devido à «não manutenção dos mesmos elementos na equipa, entrada e saída constante de técnicos», facto que condiciona a continuidade de apoio às famílias, em virtude da instabilidade que decorre da «precariedade contratual dos técnicos» e, ao mesmo tempo, «impede o crescimento e fortalecimento da equipa, causando mudanças frequentes dos responsáveis de caso».

No que se refere à barreira distribuição da carga horária em IP, são os profissionais dos distritos de Santarém, de Setúbal, de Lisboa, de Braga, e de Évora que mais a relevam. As razões mais comuns prendem-se com os «horários rígidos dos técnicos, que por vezes

não permitem o contacto com outros elementos da família, ex. pai», com a «dificuldade em conciliar os horários com as necessidades e disponibilidades das famílias (período pós laboral já considerado)», e com o «facto de os profissionais pertencerem a vários serviços, causando impossibilidade de interacção constante e oportuna entre os elementos da equipa», e com a «incompatibilidade de horários entre profissionais», muitas vezes devido aos «horários em *part time*».

A barreira relativa aos recursos materiais é essencialmente referida pelos profissionais dos distritos de Lisboa, de Braga, de Setúbal, de Santarém, e dos distritos de Bragança, de Coimbra, e do arquipélago da Madeira. Estes profissionais destacam a «ausência de compromisso dos Ministérios envolvidos no cumprimento das suas obrigações de financiamento/afecção de recursos» como causa da «falta de recursos didáticos e pedagógicos», bem como «de habitação, creches e emprego para as famílias». Salientam, ainda, que os condicionamentos financeiros implicam «horários reduzidos ou pouco flexíveis e sobrecarga dos técnicos» e «dificuldades de transporte para deslocações ao domicílio».

Importa notar que o facto de os profissionais do distrito de Lisboa aparecerem incluídos no conjunto dos que fazem referência às carências de *recursos materiais*, e à necessidade de mudança de *atitudes/comportamentos dos profissionais*, contrasta com os resultados obtidos no estudo de Almeida (2007), que refere que os profissionais da região de Lisboa e Vale do Tejo são os que menos sentem a necessidade de uma mudança de atitudes/papel dos profissionais e a falta de recursos. No pressuposto das condições não se terem alterado significativamente nos últimos anos, este contraste poderá, na nossa opinião, ser explicado pela abrangência dos dados obtidos, a este nível, por Almeida (2007), na região Lisboa e Vale do Tejo.

As dificuldades de funcionamento intra e inter-equipas de IP é referida, fundamentalmente, pelos profissionais dos distritos de Braga, de Lisboa, de Beja, de Setúbal, do Porto, de Coimbra, e de Évora, traduzindo-se na «falta de diálogo intra e inter equipas» e na «não utilização da abordagem centrada na família pelos órgãos de decisão (coordenação distrital, regional e nacional)», salientando-se ainda a existência de um «modelo institucional que condiciona a intervenção», uma vez que «a instituição exige trabalho numa vertente clínica, baseada nos deficits da criança».

Passando à análise da relação entre a variável localização geográfica e o tipo de recomendações sugeridas pelos profissionais para a implementação das práticas centradas

na família, encontramos relações de dependência e de associação nas seguintes recomendações: atitudes e comportamentos dos profissionais, formação dos profissionais, funcionamento e políticas de IP, e distribuição da carga horária dos profissionais pela IP.

As mudanças ao nível das atitudes/comportamentos dos profissionais são referidas, essencialmente, pelos profissionais dos distritos de Braga, de Évora, de Lisboa, do Porto, e de Setúbal, que recomendam que se deve «partir sempre das forças da família, valorizando o seu papel em todo o processo», através do estabelecimento de «relações de confiança e respeito com as famílias» e da criação de «relações de empatia com a família», evitando «fazer juízos de valor». Os profissionais devem «capacitar e corresponsabilizar as famílias», através da «participação activa da família em todo o processo», do «maior respeito pelas características da família, dos *timings* e do poder de decisão da família» e da «elaboração do PAFI», e da «intervenção no contexto de vida das famílias».

As recomendações associadas com a formação são destacadas pelos profissionais dos distritos de Lisboa, de Santarém, do Porto, de Braga, de Coimbra, de Setúbal, de Beja, e de Évora. Estes profissionais salientam a necessidade de «mais formação sobre a IP», formação esta dirigida «a todos os elementos da equipa», e abrangendo diferentes temáticas, designadamente «formações específicas em PIAF, práticas centradas na família, transdisciplinaridade, mais formação especializada em IP». Além disso, deverá ser desenvolvida «ao nível de todo o país, actualmente está muito centrada em Coimbra, o que dificulta a deslocação» e, se possível, «obrigatória e gratuita».

Os profissionais referem, ainda, que a formação em IP deverá acontecer, essencialmente, ao nível da «formação contínua dos técnicos do serviço e elementos de outros serviços envolvidos», sendo pedido aos «técnicos, frequentemente, uma auto-avaliação anónima, não em equipa, mas em grande grupo, como esta». A necessidade de existir «supervisão da equipa por profissionais com experiência e formação específica em IP», e que esta supervisão inclua «discussão e orientação de casos em contexto da equipa de IP», também fazem parte das recomendações propostas.

As recomendações funcionamento e políticas de IP são relevadas pelos profissionais dos distritos de Évora, de Lisboa, de Setúbal, de Beja, e de Braga. Neste âmbito, os profissionais salientam a necessidade de «criar linhas orientadoras a nível nacional», melhoria das «políticas de IP que permitam uma participação equitativa dos técnicos dos 3 Ministérios na IP», e uma maior «visibilidade da importância da IP a nível

governamental», visibilidade esta que poderá ser concretizada através de uma «campanha nacional de sensibilização e informação sobre a IP». Consideram, ainda, a pertinência de «melhorar os critérios de elegibilidade das crianças para a IP para que se possa intervir o mais precocemente», e uma «sinalização eficaz e atempada, critérios de elegibilidade mais rigorosos», criando «políticas de prevenção articuladas e mais investimento na prevenção primária», reduzindo assim «despesas em termos de outras intervenções».

Outros aspectos enquadrados nas recomendações funcionamento e políticas de IP prendem-se com a importância de «uniformizar as práticas de IP» e o «funcionamento das equipas a nível nacional», através da «criação de um serviço nacional de IP», da «criação de quadros próprios de IP que garantam a estabilidade dos técnicos e uma maior estabilidade no vínculo contratual», da «implementação de uma base de dados nacional sobre a IP», e a necessidade de uma «avaliação nacional dos projectos», «desenvolvida por elementos externos aos projectos, obrigatória e regular».

No sentido de ultrapassar os constrangimentos relacionados com os horários, atribuídos aos diferentes profissionais que integram os projectos de IP, os profissionais dos distritos de Évora, da região da Madeira, dos distritos de Beja, de Santarém, de Aveiro, e de Coimbra, propõem «técnicos a tempo inteiro na IP», com horários mais flexíveis e «adequados a cada caso», de forma a permitir uma «maior disponibilidade de horários para as famílias» e a «conciliar os horários das reuniões dos diferentes profissionais da equipa».

Hipótese 8

O enquadramento legal dos projectos de IP influencia as práticas centradas na família e as próprias opiniões dos profissionais, acerca do tipo de pontos fortes e fragilidades do projecto.

No que diz respeito ao enquadramento legal dos projectos de IP, constatou-se que este é maioritariamente realizado ao abrigo do Despacho Conjunto 891/99, e de Acordos Atípicos com o Ministério do Trabalho e Segurança Social, não se verificando diferenças significativas na frequência das práticas centradas na família, tendo em conta os diferentes enquadramentos legais dos projectos de IP.

Relativamente à análise da influência da variável enquadramento legal nas opiniões dos profissionais acerca dos pontos fortes da articulação do projecto, são notórias relações de associação ou de dependência, com significado estatístico, entre o enquadramento legal e todas as categorias definidas como pontos fortes da articulação, nomeadamente a existência de articulação de apoios/serviço, o funcionamento em equipa, e a colaboração com as famílias. Existe, assim, uma clara relação de associação entre todos os pontos fortes referenciados pelos profissionais e os projectos enquadrados ao abrigo do Despacho Conjunto 891/99 e dos Acordos Atípicos, ou seja, as maiores proporções de resposta enquadram-se neste tipo de enquadramentos legais.

A articulação dos serviços é destacada, através de referências que salientam a «boa articulação entre serviços da comunidade (Acção Social, Câmara Municipal, Juntas de Freguesia, CPCJ, Tribunal Menores, Saúde)», a existência de «redes de comunicação com outros serviços, partilha entre serviços, acordos com serviços não integrados no programa, mas com importante relação com as comunidades locais», a «rentabilização de recursos e a forte participação e comunicação entre parceiros» e, finalmente, a «facilidade na utilização dos espaços físicos e de transporte dos diferentes parceiros na deslocação domicílios».

Relativamente ao funcionamento em equipa, os profissionais destacam a diversidade de formação dos profissionais do projecto, a «abertura e flexibilidade na participação, experiências diversificadas que enriquecem o trabalho», a «possibilidade de articular o melhor método», a «facilidade em encontrar estratégias como resposta às preocupações família», os «contactos directos e regulares com outros técnicos de serviços locais», o «bom relacionamento e ambiente da equipa», a «partilha de conhecimentos, experiência, informação, ideias e ajuda», a existência de «reunião periódicas», a «coesão entre elementos das EID», a «discussão de casos», a implementação de «decisões em equipa», as «reuniões de supervisão regulares», e a «troca de informação que permite um maior conhecimento da família e da criança e uma avaliação e intervenção em contexto real».

Neste contexto, gostaríamos, ainda, de observar a valorização, pelos profissionais, da colaboração com as famílias. Esta colaboração é destacada, através da «valorização da relação com a família», do «apoio nos locais de referência para a criança/família», do «encaminhamento das famílias para recursos desejados e aceitação positiva das famílias em relação ao programa», do «reconhecimento das especificidades da família», do «respeito pelas famílias», da «intervenção integrada nas rotinas da família» e das

«respostas adequadas às necessidades das famílias», do «serviço centrado na família» e da «família como elemento da equipa».

No que se refere ao grau de dependência ou de associação entre o enquadramento legal e o tipo de fragilidades identificadas pelos profissionais, em relação à articulação do projecto, pode confirmar-se a existência de relações de associação, com significado estatístico, entre a variável enquadramento legal e as seguintes fragilidades da articulação dos projectos em que os profissionais exercem funções: colaboração com estruturas e profissionais pertencentes ao Ministério da Saúde, atitudes/comportamentos dos profissionais envolvidos na IP, e financiamentos das equipas. Estas fragilidades estão maioritariamente associadas aos projectos enquadrados ao abrigo do Despacho Conjunto 891/99 e Acordos Atípicos.

Mencionando as fragilidades relacionadas com as dificuldades de colaboração com estruturas e com profissionais pertencentes ao Ministério da Saúde, os profissionais destacam a «pouca colaboração essencialmente com médicos», a «dificuldade em encaminhar casos para consultas da especialidade», a «falta de capacidade de resposta às consultas de desenvolvimento», a «sinalização e encaminhamento tardio dos casos», e a «burocracia dos serviços de saúde», salientando ainda as «dificuldades na presença de profissionais da área da saúde na ECD», a «fraca sensibilização dos serviços de saúde para colaborar com a equipa», e a «visão demasiado clínica da saúde».

No âmbito das fragilidades relacionadas com as atitudes/comportamentos dos profissionais, são expostas as «dificuldades dos profissionais em trabalhar em conjunto, persistindo ainda “a minha área..., o meu programa”, a «falta de empenho dos técnicos», «mentalidades relacionadas com perda de poder» e com o facto de os profissionais trabalharem «frequentemente em sentidos opostos», sem «uniformização de procedimentos e práticas», com «pouca partilha de informação em relação às famílias» e com uma «visão redutora das famílias», sendo, ainda, referida a existência de «diferentes concepções de IP», sendo, ainda, que a «intervenção centrada na família não é sistemática a todos os elementos da equipa», não existindo, pois, «um nível de confiança ideal para o trabalho em equipa», manifesta na «dificuldade em encontrar uma linguagem comum», e na incapacidade de se «identificar as necessidades da família se planificar em conjunto».

Por último, os profissionais destacam, como fragilidades da articulação do projecto, o financiamento das equipas. Neste âmbito, referem a «lacuna de equipamentos sociais e falta financiamento, de recursos, materiais (creches, habitação social, material de desgaste)

que impede dar resposta a determinadas famílias», e a existência de «limitações financeiras e burocráticas, dificuldades ao nível dos transportes, horários, espaços e tempos para os apoios»

Na análise dos pontos fortes e das fragilidades, no âmbito da articulação do projecto, sobressai uma certa sintonia nos resultados obtidos, o que nos permite inferir que as mudanças conceptuais e organizativas, implementadas a partir da regulamentação do Despacho Conjunto 891/99 de 19 de Outubro, que «...exige uma maior colaboração com a família em todo o processo de intervenção, o estabelecimento de relações de confiança entre profissionais e família, a criação de novas dinâmicas de trabalho em equipa, no âmbito de uma coordenação eficaz», estão a produzir efeito, não obstante os profissionais considerarem ainda que, apesar de os pontos fortes dos projectos residirem na articulação de serviços, na existência de uma equipa de profissionais, e na colaboração com a família, estes aspectos necessitam de ser melhorados.

Hipótese 9

A existência de articulação de apoios e de serviços no projecto de IP influencia as práticas centradas na família.

Na análise do impacto da articulação de apoios e de serviços nos projectos de IP, verificou-se a existência de diferenças significativas na globalidade das etapas relacionadas, não só com o grau de frequência, mas também com o grau de importância das práticas, com excepção da etapa *Primeiros Contactos*, concluindo-se que esta variável tem um impacto significativo na maioria das etapas das práticas centradas na família, ou seja, os projectos onde a articulação é mais evidente obtêm melhores resultados, o que reforça a menção expressa no Despacho Conjunto 891/99, acerca da necessidade de existir, na IP, um processo integrado de actuação dos serviços da educação, da saúde, da acção social, e dos diferentes parceiros envolvidos.

Os resultados obtidos no nosso estudo, acerca da existência de articulação entre apoios e serviços nos projectos de IP em Portugal, são semelhantes aos obtidos por Caralinda (2007), por Cordeiro (2004), e por Cardoso (2006), embora contrastem, claramente, com os resultados obtidos por outros investigadores portugueses, que verificaram a não

existência de articulação e de coordenação de serviços e de recursos, alertando para o facto de a articulação entre profissionais ser pontual, de não existir partilha sistemática de informação nos vários momentos do apoio às famílias, e de este ser, frequentemente, realizado por vários profissionais, para além dos profissionais pertencentes às equipas de IP (Almeida, 2007; Azevedo, 2007; Fernandes, 2001; Mota, 2000; Pimentel, 2003; Ruivo & Almeida, 2002; Veiga, 1995).

Na verdade, apesar de confirmarmos a existência de articulação de apoios e de serviços nos projectos de IP, com significativo impacto nas práticas, muitos profissionais, em particular na resposta às questões sobre as barreiras e sobre as recomendações à implementação das práticas centradas na família, não deixam de destacar a dificuldade de articulação entre instituições, relevando as dificuldades na área da Saúde, em detrimento das áreas da Segurança Social, da Educação, e da Justiça. Referindo-se aos serviços de saúde, salientam as «dificuldades em assegurar alguns serviços de saúde e hospitalares de forma acessível, flexível e abrangente»; a «sinalização tardia das situações ao nível da saúde, não contribuindo para uma intervenção atempada», e, ainda, a falta de canais de comunicação entre os serviços de saúde e as equipas de IP, designadamente «pouca informação e colaboração por parte dos médicos e pouca organização no encaminhamento das crianças para as equipas». A título de recomendações, os profissionais do nosso estudo propõem um maior envolvimento e uma maior articulação das diferentes redes de apoio, no sentido de simplificar o apoio, evitando-se a sobreposição dos diferentes serviços envolvidos.

Chun (2001) confirma estes obstáculos à implementação das práticas centradas na família, em virtude das dificuldades de articulação, e são vários os investigadores que defendem que a constituição de uma rede de serviços e de recursos articulada é uma prática baseada nas evidências, actualmente recomendada, pois permite proporcionar respostas integradas e centradas na família (S. F. Allen, 2007; Bruder, 1996, 2005; Bruder & Dunst, 2006, 2008; Bruder et al., 2005; Dinnebeil & Rule, 1994; Dunst & Bruder, 2002; Guralnick, 2005; Jung & Baird, 2003; Mott, 2005b; Mott & Dunst, 2006; Odom & Wolery, 2003; Park & P. Turnbull, 2003; Romer & Umbreit, 1998; Trivette, Dunst, & Deal, 1997).

Relativamente às **hipóteses 10 e 11**, e dada a sobreposição de informação e de variáveis analisadas, optámos por uma discussão conjunta dos resultados obtidos, para

testar a associação entre as duas dimensões do questionário (*Brass Tacks*) e as práticas centradas na família.

Na análise dos resultados da hipótese 10, que postula a existência de diferenças entre as 4 etapas do apoio, definidas no questionário Brass Tacks (primeiros contactos, avaliação, planificação, e intervenção), nas duas dimensões (frequência e importância) das práticas centradas na família, observou-se uma certa “sintonia” nos valores obtidos em ambas as dimensões. Comparando as 4 etapas do questionário, a concordância observada entre frequência e importância permite-nos salientar uma maior implementação e valorização das etapas III e IV, respectivamente *planificação* e *intervenção* (médias mais elevadas), obtendo-se um valor mais baixo nas etapas dos *primeiros contactos* e *avaliação*, esta última etapa, inclusive, num nível bastante aquém do que seria esperado ou desejado.

Em primeiro lugar, reflectindo sobre os valores encontrados nas etapas *primeiros contactos* e *avaliação*, julgamos poderem ser explicados pelos constrangimentos organizativos dos projectos, com destaque para a ausência de um ponto único de acesso das famílias à IP, bem como pelo facto de a etapa da avaliação constituir, na maioria dos projectos, o primeiro momento de encontro com as famílias, momento este associado, tradicionalmente, de uma forma bastante acentuada, a determinadas categorias profissionais, em particular à psicologia, com interesses e competências muito específicas nesta área.

Em segundo lugar, os resultados verificados parecem sugerir alguma descontinuidade no próprio funcionamento das equipas, em particular no que se refere ao processo de elaboração do plano de apoio familiar individualizado, facto que, na nossa opinião, requer uma reflexão mais pormenorizada e, sem dúvida, mais formação a este nível.

Outro aspecto que nos parece importante salientar tem que ver com as práticas que os profissionais do nosso estudo consideram mais frequentes e mais importantes. De facto, é notória a valorização, por parte dos profissionais, da componente de apoio relacional das práticas centradas na família, nomeadamente: 1) a valorização da criança, aquando do primeiro contacto com a família (pc6); 2) a valorização das competências da criança, aquando da avaliação (av4); e 3) o reforço constante das competências da criança, aquando dos apoios diários (interv1). Por seu turno, as práticas consideradas como menos frequentes e menos importantes referem-se à componente participativa das práticas centradas na família, designadamente a escolha por parte da família dos instrumentos de

avaliação da criança e dos respectivos procedimentos de administração (av3). Estes resultados são semelhantes aos encontrados no estudo realizado por R. A. McWilliam et al. (2000).

Os resultados obtidos na etapa AVF, nomeadamente no item av3, poderão dever-se à dificuldade dos profissionais em envolver a família nesta etapa, na maioria das vezes, por considerarem que é uma etapa que exige um domínio relativamente às técnicas e procedimentos utilizados (Carvalho, 2004; Crais & Belardi, 1999; Fernandes, 2001; P.J. McWilliam et al., 2003; Mota, 2000; Veiga, 1995), bem como ao facto de existirem poucos instrumentos de avaliação do desenvolvimento aferidos à população portuguesa, como referimos na análise e discussão da primeira hipótese deste estudo. Esta dificuldade de aferição e de adequação dos instrumentos de avaliação, na IP, é igualmente referida por alguns profissionais do nosso estudo, e pelos profissionais dos estudos realizados por Bailey et al. (1992), por Bjorck-Akesson e Granlund (1995), e por Pimentel (2003).

Analisando os valores da interação do grau de frequência e da importância das práticas centradas na família, aspectos centrais analisados na **hipótese 11** do presente estudo, e olhando para a magnitude dos valores de *t* de *Student* obtidos, sobressai, de novo, a maior pontuação na dimensão importância, comparativamente com a dimensão frequência, sendo que esta diferença é mais elevada ($t=-7.06$; $p<.001$) na etapa da avaliação, o que não deixa de ser relevante, pois, como afirmámos anteriormente, as médias, nesta etapa, são mais baixas, sugerindo, assim, maiores dificuldades, ou menor valorização e implementação das práticas nesta etapa.

Estes resultados permitem-nos afirmar que os profissionais consideram que o grau de incidência das práticas centradas na família, que utilizam no apoio às crianças/famílias, é inferior ao grau de importância que lhe atribuem, resultados estes semelhantes aos obtidos por vários investigadores nacionais e estrangeiros (R. I. Allen & Petr, 1997; Bailey et al., 1992; Bailey et al., 1991; Bjorck-Akesson & Granlund, 1995; Cardoso, 2006; Carvalho, 2004; Crais & Belardi, 1999; Dempsey & Carruthers, 1997; Dunst, Johnson, Trivette, & Hamby, 1991; Fernandes, 2001; Mahoney & Filler, 1996; Mahoney et al., 1990; Martins, 1999; S. L. McBride et al., 1993; R. A. McWilliam et al., 2000; Pereira, 2003; Pimentel, 2003).

Tendo em conta o método estatístico utilizado (análise das regressões), nas **hipóteses 12 e 13**, analisámos o conjunto de variáveis relacionadas com os profissionais e os projectos que influenciam as práticas centradas na família, em IP.

Desta forma, na **hipótese 12**, relevamos o impacto das variáveis formação em serviço e anos de serviço em IP, nas duas dimensões das práticas. Como a relevância destas variáveis nas práticas centradas na família já foi analisada em hipóteses anteriores, apenas destacamos a importância de se criar, e de se adequar, os programas de formação e de desenvolvimento profissional, em IP, em Portugal, bem como a necessidade de uma maior estabilidade contratual ou de vínculo dos profissionais aos respectivos projectos. De facto, a estabilidade dos profissionais nos projectos de IP, não só permitiria uma maior continuidade no apoio às famílias, factor gerador de confiança e de conhecimento acerca dos seus desejos, das suas prioridades, e dos seus recursos (P. J. McWilliam, 2003a), como diminuiria a mobilidade compulsiva dos profissionais da área da educação e, simultaneamente, possibilitaria a locação, a tempo inteiro, dos profissionais das outras áreas (Formosinho, Ferreira, & Formosinho, 2000; Kontos & Diamond, 1997; Winton, McCollum, & Catlett, 2008a).

Esta estabilidade dos profissionais permitiria, ainda, rentabilizar os investimentos que têm vindo a ser feitos, no campo da formação, em muitos projectos de IP, em Portugal, incentivando, inclusive, mais e melhores dinâmicas de formação e de desenvolvimento profissional, no sentido de se aproximar as práticas às evidências da investigação nesta área.

Outro aspecto relevante, que importa destacar, é o impacto da formação inicial dos diferentes profissionais, na etapa da avaliação. Por um lado, este resultado poderá ser explicado pela existência, no nosso estudo, de profissionais com resultados mais elevados nesta etapa específica (psicólogos), denotando, por outro lado, a ausência de uma cultura de avaliação transdisciplinar nos projectos de IP, centrando-se os profissionais, na maioria das vezes, quase exclusivamente nas suas avaliações monodisciplinares e informais.

Outra variável sujeita a reflexão é a função de coordenador de caso, variável com impacto significativo em 4 etapas das práticas centradas na família, nomeadamente na PCF, na PLANF, na PLANI, e na INTERI, sem qualquer tipo de peso relativo nas etapas AVF, AVI, e INTERF. A não influência desta variável, na etapa da avaliação, poderá dever-se, entre outras razões, já abordadas anteriormente, a aspectos funcionais e organizativos dos projectos de IP, que atribuem a avaliação a determinada categoria

profissional, categoria esta que poderá não ser desempenhada pelo profissional que desempenha a função de coordenador de caso.

Relativamente à etapa intervenção, e após análise das práticas que compõem esta etapa no questionário *Brass Tacks*, parece-nos que, a não influência da função de coordenador de caso, poderá estar relacionada com as dificuldades do profissional que desempenha esta função no acesso a todos os elementos da equipa. Este facto é claramente referido, pelos profissionais do nosso estudo, como barreira à implementação das práticas centradas na família, devendo-se, na maioria das vezes, a constrangimentos nos horários dos diferentes profissionais que estão locados, parcialmente, aos projectos de IP.

Outro aspecto a realçar, que poderá justificar os resultados obtidos na etapa intervenção, prende-se com as dificuldades dos profissionais em garantirem o acesso das famílias à informação, considerada útil e importante. Esta dificuldade poderá estar relacionada com a falta de formação específica dos profissionais, em IP, formação esta considerada, neste e noutros estudos, como medida facilitadora e constrangedora da implementação das práticas centradas na família, em IP (Almeida, 2007; Figueiredo, 2002; Pimentel, 2003, 2005; Rodrigues, 2003; Ruivo & Almeida, 2002).

No que se refere ao impacto das variáveis relacionadas com os projectos, em particular o enquadramento legal, a localização geográfica, e a articulação, nas práticas centradas na família, aspectos analisados na **hipótese 13**, podemos afirmar que apenas existem relações estatisticamente significativas com a variável articulação de serviços e apoios. O impacto desta variável é sempre superior nas etapas relacionadas com a frequência das práticas, comparativamente com o seu grau de importância, atingindo valores mais elevados nas duas dimensões das etapas da planificação e da intervenção. As etapas primeiros contactos e avaliação têm, simultaneamente, o mesmo peso relativo, embora a variância explicada seja praticamente insignificante, no seu impacto, nas práticas centradas na família.

Como referimos na análise da hipótese 9 deste estudo, a articulação de serviços e de apoios nos projectos de IP, em Portugal, é referenciada, no Despacho Conjunto 891/99, como um processo integrado de actuação de serviços e de apoios, no âmbito da educação, da saúde, da acção social, e dos diferentes parceiros envolvidos e, simultaneamente, recomendada pela investigação, como proporcionadora de respostas integradas e centradas na família (S. F. Allen, 2007; Bruder, 1996, 2005; Bruder & Dunst, 2006, 2008; Bruder et al., 2005; Dinnebeil & Rule, 1994; Dunst & Bruder, 2002; Guralnick, 2005; Jung & Baird,

2003; Mott, 2005b; Mott & Dunst, 2006; Odom & Wolery, 2003; Park & P.Turnbull, 2003; Romer & Umbreit, 1998; Trivette et al., 1997).

A articulação de serviços e de apoios é ainda referida, no nosso estudo, como uma barreira à implementação das práticas centradas na família, em Portugal, uma vez que os profissionais consideram existirem «dificuldades em assegurar alguns serviços hospitalares e de saúde de forma acessível, flexível e abrangente», o que dificulta o acesso das famílias aos cuidados básicos de saúde, como o respectivo encaminhamento da criança e da família para os projectos de IP, referindo ainda a «pouca funcionalidade dos CPCJ, pois assumem uma postura directiva com as famílias causando-lhe na maioria das vezes posturas defensivas no contacto com o PIP». É, igualmente, salientada, a este nível, a dificuldade na organização interna dos vários parceiros dos projectos, designadamente «falta de diálogo e serviço pouco voltado para a comunidade», realçando-se aspectos relacionados com os modelos institucionais que «exigem trabalho numa vertente clínica, baseada nos deficits da criança», em que «os elementos dos órgãos de decisão (coordenação distrital, regional e nacional) não utilizam a abordagem centrada na família».

Ao nível da comunidade, os profissionais destacam as «dificuldades de obter apoios exteriores e de trabalhar em rede» e a existência de uma «articulação deficiente com os vários intervenientes das redes sociais de apoio», propondo, como forma de ultrapassar estas barreiras, a necessidade de existirem equipas de IP coesas, que promovam a «colaboração e articulação com os serviços da comunidade»; o «maior envolvimento das autarquias»; e o «estabelecimento de protocolos entre entidades locais». Além disso, consideram igualmente necessária a «simplificação da rede de serviços», de forma a ser evitada «a sobreposição de serviços», melhorando e facilitando «os canais de comunicação que promovam uma melhor coordenação de serviços», a «maior divulgação do serviço», com «objectivos e princípios do serviço mais clarificados e conhecidos», e com uma «maior visibilidade do trabalho que é realizado e dos serviços prestados».

Os profissionais do nosso estudo consideram, assim, que a articulação efectiva de serviços e de apoios só é possível se existir um «maior reconhecimento pelos serviços locais, centrais e regionais e uma maior «sensibilização para a importância da IP no nosso país».

IV CAPÍTULO – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A conceptualização e a operacionalização dos modelos de IP tem suscitado, desde as décadas de 50 e 60, o reconhecimento do papel central da família na vida da criança, incrementando numerosas discussões, debates e publicações, que pretendem, e têm por objectivo, a explicitação da importância do apoio às famílias em IP e, simultaneamente, demonstrar a necessidade de perspectivar mudanças significativas e consideradas necessárias, no que se refere ao papel dos profissionais na IP. Por outras palavras, exige-se aos profissionais, não apenas uma mudança e a expansão dos papéis por si assumidos nas interacções com as famílias, mas também uma alteração significativa nas formas como desempenham esses papéis (Bailey, 1996a; Brotherson et al., 2008; Dunst, 2000, 2002; Sandall, McLean, & Smith, 2000; Winton & McCollum, 2008).

Os benefícios das práticas centradas na família são visíveis, e é evidente a forma como as intervenções implementadas com um enfoque na família estão directamente relacionadas com a melhoria do funcionamento de alguns domínios da vida das famílias. Estas conclusões exigirão que os profissionais assumam novos papéis, e que aprendam novas competências no trabalho com as famílias. Além disso, o movimento em direcção a uma abordagem da IP centrada na família irá exigir uma mudança básica da maneira como muitos serviços de IP são, e estão, actualmente, implementados.

Segundo Bailey, Buysse, Edmondson e Smith (1992), estas alterações ao nível da prática dos profissionais e dos serviços são demasiado significativas para que possam ser implementadas com pouca formação e apoio. De facto, o que se pede aos profissionais é que procedam a uma mudança de tal magnitude que a sua implementação será, certamente, um processo difícil e, por vezes, árduo.

As mudanças efectivas, necessárias à implementação da abordagem centrada na família, são amplas e, na sua maioria, dificultadas pela falta de formação específica na IP, da maioria dos profissionais que estão enquadrados nos projectos de IP. Estas mudanças perspectivam novos desafios aos profissionais portugueses integrados nas equipas de intervenção directa, nas equipas de coordenação distrital e/ou regional, e em todas as estruturas e/ou instituições envolvidas nos projectos de IP, pois colocam o enfoque na necessidade destes profissionais, continuamente, adequarem e qualificarem as suas práticas, adquirindo e reaprendendo novos valores, conhecimentos e competências, que

deverão estar alinhados e concertados pelos resultados esperados para as famílias que apoiam (Winton, McCollum, & Catlett, 2008).

A complexidade, no que diz respeito à operacionalização da abordagem centrada na família, em IP, remete-nos para um conjunto de desafios impostos, que pretendemos que tenham sido, de alguma forma sistematizados, durante a realização deste estudo de investigação que agora finalizamos, e que se prendem com a avaliação das práticas dos profissionais, nos projectos de IP, em Portugal, bem como com a identificação das barreiras e das recomendações que estes profissionais consideram ser condicionantes ou facilitadoras à/para a implementação das práticas centradas na família, no nosso país.

De seguida, gostaríamos, apenas, de salientar e de reforçar alguns dos resultados obtidos na parte empírica deste estudo, já devidamente explicados e fundamentados, no capítulo relativo à discussão dos dados. No que toca à formação em serviço na IP e ao tempo de serviço em IP, podemos concluir que os profissionais que possuem este tipo de formação, bem como os que têm maior experiência na IP, ou seja, mais anos de serviço nesta área, obtiveram melhores resultados nas duas dimensões das práticas centradas na família (frequência e importância).

A relevância deste resultado reforça, na nossa opinião, a necessidade de se investir em diferentes modalidades de formação (inicial, especializada, e contínua), que permitam promover e construir conhecimento, adquirir competências, adequar atitudes, e qualificar o desempenho profissional, de forma a melhorar a qualidade dos serviços e apoios prestados às famílias em IP. Simultaneamente, alerta-nos para a importância da estabilidade dos profissionais nos respectivos projectos, de maneira a poderem obter uma maior e melhor experiência, na área da IP.

A não diferenciação nos resultados das práticas centradas na família, nas duas dimensões analisadas, tendo em conta a faixa etária da criança apoiada, parece-nos um resultado positivo, já que os resultados obtidos referem que os profissionais integrados nos projectos de IP, em Portugal, utilizam usualmente estas práticas, no apoio às famílias de crianças, nas duas faixas etárias. Este resultado vem reforçar a adequação das práticas de IP dos profissionais portugueses ao grupo etário 0-5 anos de idade, abrangência partilhada e defendida por inúmeros profissionais, investigadores, relatórios, e enquadramentos legais, apesar da diferenciação existente nas modalidades de atendimento (0-2 e 3-5 anos), e do processo de desenvolvimento nestas duas faixas etárias; por outro lado, vem evitar, ou diminuir, a duplicação de serviços e de recursos, apoiada pelas políticas ainda vigentes, no

nosso país, no que diz respeito aos apoios nas faixas etárias 0-2 e 3-5 anos, o que permite, assim, uma maior acessibilidade e adequação da qualidade dos serviços e apoios prestados às famílias na IP.

Complementando os resultados apresentados, em relação à abrangência etária, gostaríamos de salientar a importância da realização do apoio nos contextos naturais da criança e sua família, importância esta claramente expressa nos resultados obtidos no nosso estudo, que referem que as práticas centradas na família obtêm resultados superiores quando o apoio é prestado nos contextos naturais em que a criança e a família estão inseridas, designadamente no domicílio, e no domicílio e no jardim-de-infância, comparativamente com os resultados obtidos nas práticas, quando o apoio é prestado em gabinetes, ou em clínicas e centros de saúde.

Outros resultados que nos suscitam algumas reflexões, e que consideramos importante valorizar, são o impacto da articulação de serviços e apoios, bem como a função de coordenador de caso, desempenhada por alguns profissionais nos projectos de IP, nas práticas centradas na família.

São vários os investigadores, alguns já referenciados no capítulo da análise dos resultados, que consideram que a constituição de uma rede de serviços e de recursos articulada é uma prática baseada na evidência e recomendada actualmente, pois se traduz em benefícios que incluem o acesso facilitado aos serviços; informação adequada e atempada; aumento da qualidade dos serviços, apoios e recursos; relações mais adequadas entre profissionais e famílias; melhoria nos resultados da criança e na qualidade de vida das famílias (Bruder & Dunst, 2006, 2008; Bruder et al., 2005; Dunst & Bruder, 2002; Park & P.Turnbull, 2003), permitindo assim proporcionar respostas integradas e centradas na família.

A influência positiva da articulação de serviços e de apoios, nas dimensões frequência e importância, das práticas centradas na família, é claramente comprovada nos resultados obtidos no nosso estudo, o que vem reforçar as evidências da investigação a este nível, bem como a menção que é feita, no Despacho Conjunto 891/99, acerca da necessidade de existir, na IP, um processo integrado de actuação dos serviços da educação, da saúde, da acção social, e dos diferentes parceiros envolvidos. Segundo informações obtidas, aquando da análise, e reflexão, dos resultados, junto dos profissionais de alguns projectos de IP, de diferentes distritos do país, bem como de alguns investigadores desta área, que fazem parte das equipas de coordenação dos projectos, esta articulação é, na

maioria das vezes, concretizada na figura do coordenador da equipa ou no profissional coordenador de caso.

A valorização do profissional que desempenha a coordenação de caso assenta no conjunto de funções que exerce, ou que pode exercer, as quais se relacionam com o contacto e com a mediação entre a família e todos os profissionais e serviços envolvidos no apoio; com a salvaguarda dos direitos da família, relativamente à obtenção dos serviços e apoios de que necessita; com a organização dos diferentes serviços envolvidos nesse apoio; e com a identificação de apoios adicionais, quando necessário (S. F. Allen, 2007; Beckman, 1996; Bruder, 2005; Bruder & Dunst, 2008; Bruder et al., 2005; Dunst & Bruder, 2002; Espe-Sherwindt, 2008; Guralnick, 2005; Harbin, 2005; Harbin & McNulty, 1990).

Desta forma, consideramos que a função de coordenador de caso deverá ser instituída e incluída na legislação que vier enquadrar e regulamentar a IP em Portugal, em substituição do Despacho Conjunto nº 891/99, de 19 de Outubro, uma vez que esta função poderá, na nossa opinião, evitar alguns dos problemas e dos constrangimentos que são constantemente colocados às famílias, na IP, que estão essencialmente relacionados com a fragmentação, com a duplicação, e com a dispersão dos serviços e dos apoios.

Relativamente à avaliação das 4 etapas do questionário, os resultados obtidos sugerem que existe uma concordância entre os resultados obtidos nas etapas planificação e intervenção (médias mais elevadas), verificada nas dimensões frequência e importância das práticas centradas na família, o que sugere uma maior facilidade, da parte dos profissionais, na implementação das práticas integradas, nestas duas etapas. Na análise das práticas consideradas nestas duas etapas, no questionário *Brass Tacks*, verifica-se que a etapa da Planificação inclui, essencialmente, práticas que se inserem na componente participativa das práticas centradas na família (Dunst, 1998b; Dunst, Trivette, & Hamby, 2006, 2007), designadamente práticas que são individualizadas, e responsivas às preocupações e prioridades da família, bem como práticas que proporcionam às famílias oportunidades de se verem activamente envolvidas nas escolhas e decisões, e de serem geradoras de acções que apoiem a família e lhe permitam obter os resultados desejados.

A etapa da intervenção contempla, essencialmente, práticas que traduzem comportamentos referentes à componente relacional das práticas centradas na família (Dunst, 1998a; Dunst, Trivette, & Mott, 1994; Dunst, Trivette, & Snyder, 2000), nomeadamente às práticas que destacam a valorização da família e de todos os seus

elementos; o respeito pelas necessidades e pelos sentimentos da família; e a melhoria da acessibilidade da família aos apoios necessários.

Os resultados obtidos nas práticas centradas na família, nestas duas etapas, são muito interessantes e animadores, pois a investigação refere, claramente, que há muitos profissionais que utilizam adequadamente as práticas englobadas na componente relacional, mas que não conseguem integrar as práticas da componente participativa. Em contraste, verificaram que os profissionais que utilizam adequadamente as práticas da componente participativa utilizam, igualmente, de forma adequada, as práticas da componente relacional (Dunst et al., 2007).

Estes resultados concretizam alguns dados da investigação, que referem que, embora as práticas relacionais sejam uma condição necessária para qualificar as relações família/profissional, não são suficientes para fortalecerem a competência da família e para promoverem a aquisição, por esta, de novas capacidades. Esta aquisição de novas capacidades só acontece quando a família participa activamente em todo o processo de apoio, fazendo escolhas e tomando decisões, na tentativa de alcançar os resultados desejados (Dunst, 1997, 1998a, 1998b; Dunst, Brookfield, & Epstein, 1998; Dunst et al., 2006, 2007; Trivette, Dunst, Boyd, & Hamby, 1995; Trivette, Dunst, & Hamby, 1996a, 1996b).

No que se refere aos resultados obtidos nas etapas primeiros contactos e avaliação (médias mais baixas, comparativamente com as etapas anteriormente referidas), estes poderão dever-se ao facto de os projectos de IP, em Portugal, não contemplarem, na sua maioria, a etapa dos primeiros contactos, estando esta, por vezes, englobada na etapa da avaliação. A etapa da avaliação constitui-se, assim, na maioria dos projectos de IP, como o primeiro momento de encontro com as famílias, momento este fortemente e culturalmente marcado pela função executiva dos profissionais da área da psicologia, pelo facto de se considerar que esta etapa exige um domínio técnico e processual, que advoga necessidade da figura central e decisora do profissional, em detrimento da valorização e da participação activa da família neste processo.

Outros factores que poderão complementar os resultados obtidos na etapa da avaliação prendem-se com a ausência de conteúdos de formação relacionados com esta área, na maioria dos programas de formação inicial, dos profissionais que integram as equipas de IP; e com o facto de existirem poucos instrumentos de avaliação do desenvolvimento aferidos ou adaptados à população portuguesa (Carvalho, 2004; Crais &

Belardi, 1999; Fernandes, 2001; P. J. McWilliam, Winton, & Crais, 2003; Mota, 2000; Veiga, 1995).

Os resultados obtidos na etapa da avaliação, nas suas duas dimensões, alertam-nos para a complexidade subjacente às concepções e às práticas de avaliação em IP, e para a necessidade de aprofundar formas e instrumentos de avaliação ajustados à diversidade de famílias apoiadas na IP, instrumentos estes que contemplem a participação activa e interactiva dos profissionais e das famílias, de forma a tornar possível o desenvolvimento de uma visão partilhada, que permita a identificação e a recolha de informações sobre as necessidades, sobre as prioridades, e sobre os recursos da família, informações estas que proporcionem à família a possibilidade de fazer escolhas, e de tomar decisões, que sejam orientadas para a qualidade dos serviços e dos apoios prestados. Na nossa perspectiva, não é possível garantir a qualidade dos serviços e dos apoios, sem ter como pressuposto o processo e os resultados da avaliação.

Para terminar, gostaríamos ainda de salientar a discrepância obtida entre as práticas que os profissionais consideram implementar e o grau de importância que lhe atribuem. Esta discrepância evidencia que o grau de importância que os profissionais atribuem às suas práticas é sempre superior às práticas que referem utilizar no apoio às famílias em IP. Este resultado vem de encontro a outros resultados obtidos em estudos nacionais e internacionais (R. I. Allen & Petr, 1997; Bailey, Buysse, Edmondson, & Smith, 1992; Bailey, Palsha, & Simeonsson, 1991; Bjorck-Akesson & Granlund, 1995; Cardoso, 2006; Carvalho, 2004; Crais & Belardi, 1999; Dempsey & Carruthers, 1997; Dunst, Johnson, Trivette, & Hamby, 1991; Fernandes, 2001; Mahoney & Filler, 1996; Mahoney, O'Sullivan, & Dennebaum, 1990; Martins, 1999; S. L. McBride, Brotherson, Joanning, Whiddon, & Demmit, 1993; R. A. McWilliam, Snyder, Harbin, Porter, & Munn, 2000; Pereira, 2003; Pimentel, 2003).

A análise da discrepância entre as dimensões frequência e importância das práticas centradas na família, pode ser sintomática do estado actual em que se encontra a IP, em Portugal, caracterizado pela apreensão e pelo desconhecimento acerca do novo enquadramento legal prometido, mas ainda não concretizado e implementado, e, simultaneamente, poderá traduzir uma reflexão e uma consciencialização dos próprios profissionais, em relação às suas práticas, tendo em conta as práticas recomendadas internacionalmente.

A consciencialização dos profissionais em relação à possibilidade de melhorar as suas práticas denota a crescente maturidade dos profissionais de IP, detectada essencialmente no nosso estudo e no estudo de Almeida (2007), comparativamente com outros estudos de investigação realizados em Portugal, na IP, por nós consultados e referenciados, pois consideram que as barreiras que condicionam a implementação das práticas centradas na família, em Portugal, são essencialmente devidas a factores relacionados com o sistema, com a falta de formação específica em IP e com a atitude/comportamento dos profissionais.

Ao colocar o enfoque nas suas próprias atitudes/comportamentos, os profissionais de IP portugueses estão a demonstrar, na nossa perspectiva, uma maturidade e um crescimento pessoal e profissional que deverá ser valorizado e ser mobilizador de questões e de reflexões acerca da formação, da estrutura, e do funcionamento dos projectos, das práticas, e da investigação na IP, permitindo, pois, a integração dos diferentes saberes (teóricos e práticos), para ser possível repensar o significado das práticas recomendadas, tendo em conta as especificidades contextuais das famílias atendidas nos projectos de IP em Portugal.

Na nossa perspectiva, os resultados obtidos com a realização deste estudo deverão ser analisados tendo em conta algumas limitações e constrangimentos, que deverão ser partilhados com o leitor, para que este possa reequacionar a análise dos dados, bem como perspectivar novos enquadramentos para possíveis e desejáveis estudos nesta área de investigação.

Limitações e Constrangimentos

Este estudo tem algumas limitações, que se prendem com vários factores, que passaremos a explicitar de imediato.

Dificuldade na utilização de um único instrumento para descrever a realidade das práticas centradas na família em IP, em Portugal. Embora se considere que a diversidade de dimensões e de indicadores de avaliação aumenta a qualidade e a validade da informação recolhida, consideramos que a nossa opção por apenas um instrumento de avaliação, mais complexo e multidimensional, envolvendo dados quantitativos e

qualitativos, que procuram e contemplam múltiplos aspectos de convergência, poderá ser considerado um aspecto a realçar.

A preocupação em reunir uma multiplicidade de variáveis no mesmo instrumento, complexificando-o, prende-se ainda com a robustez numérica da amostra, em diferentes pontos do país, envolvendo projectos diferenciados na sua natureza e composição. Pareceu-nos, assim, que, pela dimensão e representatividade da amostra, se justificava um único instrumento.

Importa, igualmente, relativizar os dados obtidos, face a algumas limitações do próprio instrumento. As análises estatísticas conduzidas ao nível dos itens do questionário, seja na dimensão frequência, seja na dimensão importância ou, ainda, considerando as 4 etapas teoricamente definidas, apresentam coeficientes que suscitam algumas reservas, dadas as propriedades psicométricas do questionário. Se ao nível da consistência interna ou da precisão dos resultados (*alfa de Cronbach*), os coeficientes obtidos atingiram níveis adequados e bastante promissores para futuros estudos, oscilando entre .85 e .90, já ao nível da validade interna (análise factorial), os valores obtidos põem sérias questões ao modelo organizativo do questionário. Este é um dos tópicos a merecer futuros estudos, na busca de uma maior coerência entre o modelo teórico e os resultados empíricos obtidos.

Outros aspectos a realçar nas limitações prendem-se com: a utilização de um método de avaliação transversal, que não tenha em consideração possíveis efeitos de alterações a médio prazo (políticos, administrativos, sociais, pedagógicos, etc.); a mobilidade dos profissionais nos projectos, factor que pode ter dificultado a exequibilidade de um dos critérios definidos para a selecção da amostra, particularmente o que especifica que os profissionais devem ter, pelo menos, um ano de serviço na IP; e a existência de algum tipo de resistência por parte dos profissionais na avaliação das suas práticas, facto este que tentámos controlar, através da explicitação, e garantia, da confidencialidade e do anonimato, tanto dos profissionais, como dos projectos de IP, envolvidos no estudo.

Para terminar, gostaríamos ainda de mencionar alguns constrangimentos relacionados com a recolha de dados e que, de alguma forma, poderão ser motivo de reflexão e de apoio a outras investigações futuras na Intervenção Precoce:

a) Dificuldade em identificar os projectos de IP existentes em alguns distritos do País.

Esta dificuldade foi notória nos distritos em que não existiam equipas de coordenação distrital, havendo apenas um conjunto disperso de programas, cujo enquadramento legal não estava abrangido pelo Despacho Conjunto 891/99, de 19 de Outubro.

b) Dificuldade em contactar, na maioria das vezes, o profissional ou a equipa responsável pelo projecto.

Efectuámos telefonemas constantes; por vezes, realizámos mais de dez telefonemas (para o continente e ilhas), para tentar falar pessoalmente com o profissional responsável pelo projecto. Esta dificuldade prendia-se, essencialmente, com a mobilidade do profissional por diferentes Instituições e valências; por se encontrar em situação de apoio directo; por estar em consultas ou em período de férias, não sendo possível identificar outro profissional com quem pudéssemos entrar em contacto, o que nos forçou a esperar ou a voltar a efectuar novo contacto.

c) Dificuldades burocráticas.

Após identificação de alguns dos responsáveis de projectos e respectivo contacto, estes solicitavam um pedido de autorização formal aos Directores Regionais dos serviços envolvidos (Educação, Saúde, e Segurança Social). As respostas aos pedidos formais, efectuados aos responsáveis dessas entidades, na maioria das vezes, não eram obtidas ou surgiam tardiamente, após novos e intensos contactos.

Quando esta resposta não surgia, tentávamos contactar de novo o elemento ou a equipa responsável, solicitando a possibilidade de realizar o estudo, ressalvando a pertinência da participação do respectivo programa na avaliação das práticas dos profissionais de IP, a nível nacional, salvaguardando, em todas as ocasiões, a confidencialidade e o anonimato dos profissionais e dos programas envolvidos.

d) Dificuldade em identificar moradas e contactos.

Frequentemente, os dados obtidos nas Páginas Amarelas, em *sites* na Internet, e através de outras instituições, estavam desactualizados, dificultando a celeridade no estabelecimento dos contactos e, por vezes, na devolução dos questionários, devolução essa que implicou custos acrescidos e morosidade na obtenção dos dados.

e) Gastos na expedição dos questionários (entregues directamente, e em mão, no local definido, designadamente: instituição, serviço, centro de saúde, sede da equipa, etc.).

Os gastos com a expedição não são contemplados com nenhuma espécie de verba alocada à investigação, através dos Centro de Investigação da Universidade, tendo sido suportados na íntegra pela investigadora. Este facto parece-me constituir-se como uma barreira notória à realização deste tipo de estudos, não se compreendendo o porquê do não financiamento destes gastos. Outro dado lamentável prende-se com a não possibilidade de enquadrar estes gastos na Declaração Anual de Rendimentos do investigador, na secção definida para as despesas com a educação, facto este que, na nossa opinião, não é compreensível, visto estas despesas resultarem do processo de formação do investigador, enquanto estudante.

Consideramos, assim, que, apesar das limitações deste estudo, já referidas anteriormente, foram-nos suscitadas algumas reflexões, aqui descritas como recomendações, que podem ter implicações, quer ao nível das políticas, quer ao nível das estruturas organizativas da IP, que gostaríamos de partilhar com todos os leitores que, tal como nós, acreditam vivamente na abordagem centrada na família em IP.

Recomendações

Apesar de, actualmente, as práticas centradas na família se constituírem como práticas recomendadas e validadas pela investigação, a literatura refere quatro áreas consideradas fundamentais, e simultaneamente preocupantes, para a aplicabilidade e operacionalização destas práticas, nomeadamente:

1 – A dificuldade de aplicabilidade e de transferência para a prática dos conhecimentos e dos resultados obtidos na investigação;

2 – A divergência de opções filosóficas no apoio, bem como a inexistência de modelos efectivos e consistentes de formação dos profissionais na área da IP, quer a nível da formação inicial, quer ao nível da formação complementar (especializada e contínua);

3 – A complexidade dos requisitos necessários para a organização dos serviços e dos apoios, especificamente a necessidade de articulação e de integração dos apoios e dos serviços existentes, bem como da sua coordenação e supervisão;

4 – As atitudes dos profissionais envolvidos na IP, que continuam, na maioria das vezes, a considerarem-se especialistas e detentores do privilégio de fazerem escolhas, no que se refere aos apoios às famílias (Bailey et al., 1992; Bruder, 2000; Gallagher, Malone, Cleghorne, & Helms, 1997; R. A. McWilliam, 1996a, 1996b; Shannon, 2004; Trivette et al., 1995).

Deste modo, e tendo como pressuposto o esbater destas dificuldades, consideramos que é premente, e urgente, a criação de um *Sistema Nacional de IP*, que se alicerce na colaboração efectiva entre os sectores da educação, da saúde, da segurança social, das organizações privadas, e dos recursos da comunidade; que incremente respostas coordenadas e centradas na família, potencializadoras de soluções inovadoras e de padrões de qualidade no atendimento às famílias de crianças com NE, na faixa etária 0-5 anos; que defina, claramente, a equidade no acesso à IP, tendo em atenção a definição de critérios de elegibilidade que englobem o atraso de desenvolvimento e os riscos estabelecido, biológico, e ambiental (Tjossem, 1976); que defina um ponto único de acesso, para permitir uma maior prontidão na acessibilidade, bem como uma maior flexibilização e eficiência nas respostas oferecidas às famílias; que contemple a reorganização dos recursos humanos e financeiros relacionados com a colocação e a locação, a tempo inteiro, dos diferentes profissionais envolvidos na IP, aliada a uma maior estabilidade profissional e a um financiamento próprio para a IP.

Outro aspecto a salientar, tendo em conta os resultados do nosso estudo, bem como os de outros estudos nacionais e internacionais, já referenciados, prende-se com a formação dos profissionais.

Os resultados obtidos no nosso estudo, acerca do impacto da formação nas práticas centradas na família, perspectivam novos desafios que são dirigidos aos profissionais, designadamente a necessidade de, continuamente, adequarem e qualificarem as suas práticas, adquirindo e reaprendendo novos valores, conhecimentos, e competências.

A dificuldade na implementação das práticas centradas na família deve-se, em parte, à complexidade dos processos e dos contextos, no apoio às famílias em IP, bem como às exigências que são actualmente colocadas aos profissionais, para que prestem apoios altamente qualificados (Gallacher, 1997; S. L. McBride & Brotherson, 1997; Stayton, 2003; Winton & McCollum, 1997).

Na nossa opinião, e tendo como referência os resultados do nosso estudo, no que toca à diversidade de formações (especializada e em serviço) dos profissionais, bem como às entidades que as ministraram, consideramos necessária a criação de um *Sistema Nacional de Desenvolvimento Profissional na IP*, que planifique, que implemente, e que avalie a formação dos profissionais em Portugal, assumindo, como ponto de partida, a resposta à questão sobre que conhecimentos, capacidades, e valores são necessários ao profissional de IP, para que produza ou incremente resultados positivos para as famílias, bem como que conteúdos e metodologias de formação são promotores de desenvolvimento dessas competências (Hyson & Odom, 2008). Admitimos que a(s) resposta(s) a esta questão não serão fáceis de encontrar, mas, de qualquer forma, pensamos que a investigação actual poderá ajudar-nos a delinear uma nova abordagem à formação em IP, que deverá ser implementada, conduzida, e avaliada em colaboração com as famílias; que deverá ser consistente com os princípios e com as práticas que são preconizados na abordagem centrada na família, e com a investigação, nomeadamente: a construção de uma base filosófica de valores na formação; a promoção de experiências de formação interdisciplinares; a consistência interna nos diferentes conteúdos ministrados, assim como nas experiências providenciadas; e o desenvolvimento de aptidões de resolução de problemas, através de estudos de caso (Bruder & Dunst, 2005; Clifford, Macy, Albi, Bricker, & Rahn, 2005; Gallacher, 1997; Gilkerson, 2004; Parlakian, 2002; Pretis, 2006; Stayton, Miller, & Dinnebeil, 2003; Strain & Joseph, 2004).

O desenvolvimento profissional em IP poderá ser perspectivado pela integração de unidades curriculares, ou de módulos de formação, em IP, nos Planos de Estudo dos cursos de formação inicial (1.º Ciclo Bolonha); da criação de cursos de especialização (2.º ciclo, mestrados profissionalizante e académicos; e 3.º ciclos, Bolonha), que permitam o aprofundamento de conhecimentos e de metodologias na área da IP, definindo como objectivo a aquisição de saberes e de competências profissionais, bem como o desenvolvimento de atitudes adequadas ao desempenho profissional. Outra forma de reequacionar e de qualificar o papel dos profissionais, na abordagem centrada na família,

em IP, poderá ser a criação de formação em serviço, que deverá ser enquadrada nas necessidades dos profissionais, resultantes das situações reais de apoio vividas nos diferentes contextos, e traduzida em cursos de curta e de média duração (oficinas de formação, círculos de estudo, projectos, seminários), com supervisão.

Na análise do processo de formação em IP, gostaríamos, ainda, de salientar a importância da supervisão, como elemento essencial e central no desenvolvimento e formação dos profissionais de IP. O exercício da acção de supervisão é um processo complexo e exigente, quer em termos pessoais, quer em termos profissionais, o que nos conduz à necessidade de existir um perfil de competência a este nível, tal como o idealizou, e o concretizou, a investigação realizada por Santos (2007). A supervisão em IP deve, assim, enquadrar-se num processo de desenvolvimento profissional, que se focalize na reflexão acerca das práticas, na motivação para a utilização de novas abordagens, na exigência, e na reconstrução da qualidade das práticas (Parlakian, 2002).

A supervisão deve, igualmente, constituir-se como um processo de desenvolvimento profissional contínuo, de actualização e de aperfeiçoamento, marcando, desta maneira, de forma indelével, a construção de uma nova identidade de formação em Supervisão, na IP.

Para concluir, reafirmámos a urgência e a importância de o desenvolvimento profissional, em IP, se dever constituir como um processo constante e permanente, que se inicia aquando da formação inicial ou de base, e se perpetua ao longo do ciclo de vida dos profissionais. Para esse fim, é necessário investir em diferentes modalidades de formação e de investigação, que permitam promover e construir conhecimento, adquirir competências, adequar atitudes, e qualificar o desempenho profissional, para melhorar a qualidade dos serviços e dos apoios prestados às famílias em IP.

Referências Bibliográficas

- Able-Boone, H., Sandall, S., Loughry, A., & Frederick, I. (1990). An informed, family centered approach to public Law 99-457: Parental view. *Topics in Early Childhood Special Education*(10), 100-111.
- Able-Boone, H. A., & Crais, E. R. (1999). Strategies for achieving family-driven assessment and intervention planning. *Young Exceptional Children*, 3(1), 2-10.
- Able-Boone, H. A., Goodwin, L. D., Sandall, S. R., Gordon, N., & Martin, D. G. (1992). Consumer based early intervention services. *Journal of Early intervention*, 16(3), 201-209.
- Alarcão, I., & Roldão, M. C. (2008). *Supervisão. Um contexto de desenvolvimento profissional dos professores*. Mangualde: Edições Pedagogo.
- Allen, R. I., & Petr, C. G. (1996). Toward developing standards and measurements for family-centered practices in family support programs. In L. E. P. G.H. Singer, & A. L. Olson (Ed.), *Redifining support: Innovations in public private partnership*. (pp. 57-85). Baltimore: Paul Brookes.
- Allen, R. I., & Petr, C. G. (1997). Family centered professional behavior: frequency and importance to parents. *Journal of Emotional and Behavior Disorders*, 5(4), 196-204.
- Allen, S. F. (2007). Parents perceptions of intervention practices in home visiting programs. *Infants & Young Children*, 20(3), 266-281.
- Almeida, I. C. (1997). Avaliação de programas de intervenção precoce. *Cadernos do CEACF*(13-14), 51-65.
- Almeida, I. C. (2000a). Evolução das teorias e modelos de intervenção precoce: Caracterização de uma prática de qualidade. *Cadernos do CEACF*, 15/16, 29-46.
- Almeida, I. C. (2000b). A importância da intervenção precoce no actual contexto sócio-educativo. *Cadernos do CEACF*(15/16), 55-74.
- Almeida, I. C. (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.
- Almeida, I. C., Felgueiras, I., & Pimentel, J. S. (1996/97). Algumas conclusões do estudo avaliativo referente à implementação do programa Portage em Portugal. *Cadernos do CEACF*(13-14), 67-77.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Als, H. (1997). Earliest intervention for preterm infants in the newborn intensive care unit. In M.Guralnick (Ed.), *The Effectiveness of early Intervention* (pp. 47- 76). Baltimore: Paul H. Brookes.
- ANIP. (2007b). *Relatório sobre a Intervenção Precoce*. Coimbra: ANIP.
- Azevedo, I. M. P. G. (2007). *A intervenção precoce e os profissionais de saúde: Um estudo de uma unidade de saúde do concelho de Vila do Conde*. Unpublished Mestrado, IEC - Universidade do Minho, Braga.
- Bailey, D. B. (1989). Case management in early intervention. *Journal of Early intervention*, 13(2), 120-134.

- Bailey, D. B. (1996a). Foreword. In P. J. Beckman (Ed.), *Strategies for working with families of young children with disabilities* (pp. xi-xii). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Bailey, D. B. (1996b). Preparing early intervention professionals for the 21st century. In M. Brambling, H. Rauh & A. Beelmann (Eds.), *Early childhood intervention: Theory, evaluation, and practice* (pp. 488-503). New York: de Gruyter.
- Bailey, D. B. (2000). The federal role in early intervention: Prospects for the future. *Topics in Early Childhood Special Education, 20*(2), 71-78.
- Bailey, D. B. (2001). Evaluating parent involvement and family support in early intervention and preschool programs. *Journal of Early intervention, 24*(1), 1-14.
- Bailey, D. B., Bruer, J. T., Symons, F. J., & Lichtman, J. W. (2001). *Critical thinking about critical periods*. Baltimore: Brookes.
- Bailey, D. B., Buysse, V., Edmondson, R., & Smith, T. M. (1992). Creating family-centered services in early intervention: Perceptions of professionals in four states. *Exceptional Children, 58*(4), 298-309.
- Bailey, D. B., McWilliam, R. A., Darkes, L. A., Hebbeler, K., Simeonsson, R. J., Spiker, D., et al. (1998). Family outcomes in early intervention: A framework for program evaluation and efficacy research. *Exceptional Children, 64*(3), 313-328.
- Bailey, D. B., Palsha, S. A., & Huntington, G. S. (1990). Preservice preparation of special educators to serve infants with handicaps and their families. *Journal of Early intervention, 14*(1), 43-54.
- Bailey, D. B., Palsha, S. A., & Simeonsson, R. J. (1991). Professional skills, concerns, and perceived importance of work with families in early intervention. *Exceptional Children, 58*(2), 156-165.
- Bailey, D. B., & Powell, T. (2005). Assessing the information needs of families in early intervention. In M. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 151- 183). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Bailey, D. B., Scarborough, A., & Hebbeler, K. (2003). *National early intervention longitudinal study: Families first experiences with early intervention*, from <http://www.sri.com/neils/>.
- Bailey, D. B., Simeonsson, R. J., Winton, P. J., Huntington, G. S., Confort, M., Isbell, P., et al. (1986). Family focused intervention: A functional model for planning, implementing, and evaluating individualized family services in early intervention. *Journal of the Division for early Childhood, 10*, 156-171.
- Bailey, D. B., Simeonsson, R. J., Yoder, D., & Huntington, G. S. (1990). Infant personnel preparation across eight disciplines: An integrative analysis. *Exceptional Children, 57*, 26-35.
- Bailey, D. B., Winton, P., Rouse, L., & Turnbull, A. (1990). Family goals in infant intervention: Analysis and issues. *Journal of Early intervention, 14*, 15-26.
- Bailey, D. B., & Wolery, M. (1992). *Teaching infants and preschoolers with disabilities*. Columbus, OH: Merrill.
- Bairrão, J. (1994). A perspectiva ecológica na avaliação de crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias: O caso da intervenção precoce. *Inovação, 7*, 37-48.
- Bairrão, J. (2003). Apresentação. *Psicologia, XVII*(1), 7-13.
- Bairrão, J., & Almeida, I. C. (2003). Questões actuais em intervenção precoce. *Psicologia, XVII*(1), 15-29.
- Barnard, K. E., & Kelly, J. F. (1990). Assessment of parent child interaction. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 278-302). Cambridge: Cambridge University Press.

- Barrera, I., & Corso, R. M. (2002). Cultural competency as skilled dialogue. *Topics in Early Childhood Special Education*, 22(2), 103-113.
- Barrera, I., Corso, R. M., & Macpherson, D. (2004). *Skilled dialogue: Strategies for responding to cultural diversity in early childhood*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Beckman, P. J. (1996a). The service systems and its effects on families: An ecological perspective. In M. Brambling, H. Rauh & A. Beelmann (Eds.), *Early childhood intervention: Theory, evaluation, and practice* (pp. 175-195). New York: de Gruyter.
- Beckman, P. J. (1996b). 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., Frank, N., & Newcomb, S. (1996). Qualities and skills for communicating with families. In P. J. Beckman (Ed.), *Strategies for working with families of young children with disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Beckman, P. J., Newcomb, S., Frank, N., & Brown, L. (1996). Evolution of working relationships with families. In P. J. Beckman (Ed.), *Strategies for working with families of young children with disabilities* (pp. 17- 30). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Beckman, P. J., Robinson, C. C., Rosenberg, S., & Filer, J. (1994). Family involvement in early intervention: The evolution of family centered services. In L. J. Johnson, R. J. Gallagher, M. J. LaMontagne, J. B. Jordan, J. J. Gallagher, P. L. Hutinger & M. B. Karnes (Eds.), *Meeting early intervention challenges: issues from birth to three* (pp. 13-31). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Beverly, C. L., & Thomas, S. B. (1999). Family assessment and collaboration building: Conjoined processes. *International Journal of Disability, Development and Education*, 46(2), 179- 196.
- Bjorck-Akesson, E., & Granlund, M. (1995). Family involvement in assessment and intervention: Perceptions of professionals and parents in Sweden. *Exceptional Children*, 61(6), 520-535.
- Blue-Banning, M., Summers, J. A., Frankland, H. C., Nelson, L. L., & Beegle, G. (2004). Dimensions of family and professional partnerships: Constructive guidelines for collaboration. *Exceptional Children*, 70(2), 167- 184.
- Boavida, J. (1995). Um processo transdisciplinar e inter-serviços: Intervenção precoce no distrito de Coimbra. *Actas do III Encontro Nacional de Intervenção Precoce*, 13-24.
- Boavida, J., & Borges, L. (1994). Community involvement in early intervention: A Portuguese perspective. *Infants & Young Children*, 7, 42-50.
- Boavida, J., & Borges, L. (2000). Community involvement in early intervention: A Portuguese perspective. *Child: Care, Health and Development*, 26(5), 343-354.
- Boavida, J., & Carvalho, L. (2003). A comprehensive early intervention training approach. In S. L. Odom & J. A. Blackman (Eds.), *Early intervention practices around the world* (pp. 213- 219). Baltimore: P. H. Brookes.
- 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.
- Boone, H. A., McBride, S. L., Swann, D., Moore, S., & Drew, B. S. (1998). IFSP practices in two states: Implications for practice. *Infants & Young Children*, 10(4), 36-45.
- Borkowski, J. G., Smith, L. E., & Akai, C. E. (2007). Designing effective prevention programs: How good science makes good art. *Infants & Young Children*, 20(3), 229-241.

- Brazelton, T. B. (1986). The importance of early intervention. In J. G. Pedro (Ed.), *Biopsychology of Early Parent-Infant Communication* (pp. 15- 30). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Brito, D. M. B. C. (2005). *Da formação escolar à formação em contexto: Um percurso de inovação para a reconstrução da pedagogia da infância*. Unpublished Doutoramento, Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho, Braga.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and desigh*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Contextos de crianza del niño. *Problemas Y perspectiva. Infancia y Aprendizaje*(29), 45-55.
- Bronfenbrenner, U. (2005). Preparar um mundo para a criança no século XXI: O desafio da investigação. In J. G. Pedro, J. K. Nugent, J. G. Young & T. B. Brazelton (Eds.), *A Criança e a Família no Século XXI* (pp. 79- 89). Lisboa: DINALIVRO.
- Brotherson, M. J., Summers, J. A., Bruns, D. A., & Sharp, L. M. (2008). Family centered practices: Working in partnership with families. In P. J. Winton, J. A. McCollum & C. Catlett (Eds.), *Practical approaches to early childhood professional development: Evidence, strategies, and resources*. (pp. 53- 80). Washington, DC: ZERO TO Three.
- Bruder, M. B. (1994). Working with members of others disciplines: Collaboration for sucess. In M. Wolery & J. S. Wilbers (Eds.), *Including children with special needs in early childhood programs* (pp. 45- 70). Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
- Bruder, M. B. (1996). Interdisciplinary collaboration in services delibery. In R. A. McWilliam (Ed.), *Rethinking pull-out services in early intervention: A professional resource* (pp. 27-48).
- Bruder, M. B. (2000). Family centered early intervention: Clarifying our values for the new millennium. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 105-115.
- Bruder, M. B. (2001). Inclusion of infants and toddlers: Outcomes and ecology. In M.Guralnick (Ed.), *Early childhood inclusion: Focus and change* (pp. 203-228). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Bruder, M. B. (2005). Service coordination and integration in a developmental systems approach to early intervention. In M.Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 29- 58). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Bruder, M. B., & Dunst, C. J. (2005). Personnel preparation in recommended early intervention practices: Degree of emphasis across disciplines. *Topics in Early Childhood Special Education*, 25(1), 25-33.
- Bruder, M. B., & Dunst, C. J. (2006). Advancing the agenda of service coordination. *Journal of Early intervention*, 28(3), 175-177.
- Bruder, M. B., & Dunst, C. J. (2008). Factors related to the scope of early intervention service coordinator practices. *Infants & Young Children*, 21(3), 176-185.
- Bruder, M. B., Harbin, G. L., Whitbread, K., Conn-Powers, M., Roberts, R., Dunst, C. J., et al. (2005). Establishing outcomes for service coordination: A step toward evidence-based practice. *Topics in Early Childhood Special Education*, 25(3), 177-188.
- Bruder, M. B., Lippman, C., & Bologna, T. M. (1994). Personnel preparation in early intervention practices: Degree of emphasis across disciplines. *Journal of Early intervention*, 18(1), 103-110.

- Bryant, D., & Maxwell, K. (1997). The effectiveness of early intervention for disadvantaged children. In M. Guralnick (Ed.), *The Effectiveness of Early Intervention* (pp. 23- 46). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Buyse, V., Bernier, K., & McWilliam, R. (2002). A statewide profile of early intervention services using Part C data system. *Journal of Early Intervention*, 25(1), 15-26.
- Cabral, A. L. N. (2006). *Contributos para o estudo das práticas de intervenção precoce na região autónoma da Madeira*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Campbell, M., & Halbert, J. (2002). Between research and practice: Provider perspectives on early intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 22(4), 213-226.
- Cara-Linda, M. A. C. P. R. (2007). *Abordagem centrada na família: Avaliação de práticas num projecto de intervenção precoce*. Unpublished Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Cardoso, M. A. F. G. (2006). *Programas de intervenção precoce e a intervenção centrada na família: Avaliação no Distrito de Santarém*. Unpublished Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- Carmo, M. G. F. S. (2004). *A influência das características das famílias em intervenção precoce na identificação das suas necessidades e na utilidade da sua rede de apoio social*. Unpublished Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Braga.
- Carrapatoso, M. T. J. P. (2003). *Subsídios para o estudo da intervenção precoce centrada na família: Quais as percepções dos técnicos?* Unpublished Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Carvalho, M. L. (2004). *Práticas centradas na família na avaliação da criança: Percepções dos profissionais e das famílias do PIP do distrito de Coimbra*. Unpublished Mestrado, Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho, Braga.
- Carvalho, M. L., & Boavida, J. (2003). A comprehensive early intervention training approach. In S. L. Odom, M. J. Hanson, J. A. Blackman & S. Kaul (Eds.), *Early intervention practices around the world* (pp. 213-252). Baltimore: Paul H. Brooks Publishing.
- Chen, Y., & McCollum, J. A. (2001). Taiwanese mothers' perspectives of parent-infant interaction with children with Down syndrome. *Journal of Early Intervention*, 24(4), 252-265.
- Chun, L. (2001). *An examination of service coordinators' beliefs and use of family centered practice in early intervention programs*. Unpublished PhD, Teachers College, Columbia University, Columbia.
- Clifford, J. R., Macy, M. G., Albi, L. D., Bricker, D. D., & Rahn, N. L. (2005). A model of clinical supervision for service professionals in early intervention and early childhood special education. *Topics in Early Childhood Special Education*, 25(3), 167-176.
- Cordeiro, M. M. M. O. (2004). *O processo de avaliação em intervenção Precoce e as práticas de apoio educativo no jardim-de-infância: Da teoria à prática*. Unpublished Mestrado, Instituto Superior de psicologia Aplicada, Lisboa.
- Correia, L. M. (1997). Colaboração: Um pressuposto para o êxito da inclusão. *O Docente*, 9-11.
- Correia, L. M. (2003). Princípios Gerais para a construção de escolas inclusivas. In L. M. Correia (Ed.), *Inclusão e necessidades educativas especiais: Um guia para educadores e professores* (pp. 23-29). Porto: Porto Editora.

- Correia, L. M., & Serrano, A. M. (1994). Impacto dos programas de intervenção precoce na criança e na família. *Revista Portuguesa de Educação*, 7(3), 85-93.
- Corwell, J. R., & Korteland, C. (1997). The family as a system and a context for early intervention. In S. K. Thurman, J. R. Cornwell & S. R. Gottwald (Eds.), *Contexts of early intervention: Systems and settings* (pp. 93-109). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Costa, A. M. (1981). Educação especial. In M. Silva & M. I. Tamen (Eds.), *Sistema de ensino em Portugal* (pp. 307-354). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Coutinho, M. T. B. (1996). Intervenção precoce: Dificuldades, necessidades e expectativas das famílias. *Integrar*, 10, 5-16.
- Coutinho, M. T. B. (1999). *Intervenção precoce: Estudo dos efeitos de um programa de formação parental destinado a pais de crianças com síndrome de Down*. Unpublished Doutoramento, Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Coutinho, M. T. B. (2003). Formação parental: Avaliação do impacte na família. *Psicologia*, XVII(1), 227-244.
- Coutinho, M. T. B. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica*, 1(XXII), 55-64.
- Crais, E. R. (1997). Preparing practitioners for getting the most out of child assessment. In P. J. Winton, J. A. McCollum & C. Catlett (Eds.), *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practicum strategies* (pp. 309-336). Baltimore: Paula H. Brooks Publishing.
- Crais, E. R., Able-Boone, H., Harrison, M., Freund, P., Downing, K., & West, T. (2004). Interdisciplinary personnel preparation: Graduates' use of target practices. *Infants & Young Children*, 17(1), 82-92.
- Crais, E. R., & Belardi, C. (1999). Family participation in child assessment: Perceptions of families and professionals. *Infant - Toddler Intervention. The Transdisciplinary Journal*, 9(3), 209-238.
- Craveirinha, F. M. P. (2002). *Redes de apoio social em intervenção precoce: Disponibilidade, utilidade e necessidades*. Unpublished Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- Crnic, K., & Stormshak, E. (1997). The effectiveness of providing social support for families of children at risk. In M. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 209- 225). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Crnic, K. A., & Greenberg, M. T. (1990). Minor parenting stresses with young children. *Child Development*, 61, 1628-1637.
- Crnic, K. A., Greenberg, M. T., Ragozin, A. S., Robinson, N. M., & Basham, R. B. (1983). Effects of stress and social support on mothers and premature and fullterm infants. *Child Development*, 54, 209-217.
- Cruz, A. I., Carvalho, C., Fidalgo, I., Lopes, I., carvalho, L., & Aveleira, P. (2003). *Intervenção Precoce: Regulamento do PIIP*. Coimbra: PIIP.
- Cruz, A. I., Fontes, F., & Carvalho, M. L. (2003). *Avaliação da satisfação das famílias apoiadas pelo PIIP: Resultados da aplicação da escala ESFIP*. (Vol. 21). Lisboa: Secretariado Nacional da Reabilitação.
- Deal, A. G., Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1994). A Flexible and functional approach to developing individualized family support plans. In C. J. Dunst, C. M. Trivette & A. G. Deal (Eds.), *Supporting & Strengthening families: Methods, strategies, and practices* (Vol. 1, pp. 62-72). Cambridge: Brookline Books.
- Dempsey, I., & Carruthers, A. (1997). How family-centered are early intervention services: Staff and parents perceptions. *Journal of Australian Research in Early Childhood Education*, 1, 105-110.

- Dempsey, I., & Keen, D. (2008). A review of processes and outcomes in family centered services for children with a disability. *Topics in Early Childhood Special Education, 28*(1), 42-52.
- Dias, M. T. N. M. S. (2007). *A organização de serviços de intervenção precoce em Portugal: Contributo de ajudantes familiares para a intervenção precoce*. Unpublished Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto.
- Dinnebeil, L. A., Hale, L. M., & Rule, S. (1996). A qualitative analysis os parents and service coordinators descriptions of variables that influence collaborative relationship. *Topics in Early Childhood Special Education, 16*(3), 322-347.
- Dinnebeil, L. A., Hale, L. M., & Rule, S. (1999). Early intervention program practices that support collaboration. *Topics in Early Childhood Special Education, 19*(4), 225-235.
- Dinnebeil, L. A., & Rule, S. (1994). Variables that influence collaboration between parents and service coordinators. *Journal of Early intervention, 18*(14), 349-361.
- Dunst, C. J. (1985). Rethinking early intervention. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities, 5*, 165-201.
- Dunst, C. J. (1990). *Discerning the implication and future of early intervention efficacy research*. Asheville, NC: Orelena Hawks Puckett Institute.
- Dunst, C. J. (1995). *Influências do apoio social no comportamento e desenvolvimento da criança e do agregado familiar*. Paper presented at the IV Encontro sobre Intervenção Precoce, Coimbra.
- Dunst, C. J. (1996). Early intervention in USA. In M. Brambring, H. Rauh & A. Beelmann (Eds.), *Early childhood intervention: Theory, evaluation and practice* (pp. 11-52). New York: De Gruyter.
- Dunst, C. J. (1997). Conceptual and empirical foundations of family centered practice. In R. Illback, C. Cobb & H. Joseph (Eds.), *Integrated services for children and families: Opportunities for psychological practice* (pp. 75-91). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dunst, C. J. (1998a). Apoiar e capacitar as famílias em intervenção precoce: O que aprendemos? In L. M. Correia (Ed.), *Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (pp. 123- 141). Porto: Porto Editora.
- Dunst, C. J. (1998b). 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 centradas na criança às práticas centradas na família* (pp. 123-141). Porto: Porto Editora.
- Dunst, C. J. (1998c). *Family-centered early intervention and child, parent and family benefits*. (No. 9809). Morganton, NC: Orelena Hawks Puckett Institute and Western Carolina Center.
- Dunst, C. J. (1999). Placing parent education in conceptual and empirical contexts. *Topics in Early Childhood Special Education, 19*(3), 141-147.
- Dunst, C. J. (2000a). *Evidence-based early childhood intervention and family support: Reflective questions for improving practices*. Morganton: Family, Infant and Preschool Program.
- Dunst, C. J. (2000b). Revisiting "Rethinking Early Intervention". *Topics in Early Childhood Special Education, 20*(2), 95-104.
- Dunst, C. J. (2001a). *Parent and community assets as source of young children's learning opportunities*. Asheville, NC: Winterberry Press.

- Dunst, C. J. (2001b). Participation of young children with disabilities in community learning activities. In M. Guralnick (Ed.), *Early childhood inclusion: Focus on change* (pp. 307-333). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Dunst, C. J. (2002). family centered practices: Birth through school. *The Journal of Special Education*, 36(3), 139-147.
- Dunst, C. J. (2005a). *Framework for practicing evidence based early childhood intervention and family support*. CASEinPoint, 1(1). Retrieved Outubro, 2007, from <http://www.fippcase.org>
- Dunst, C. J. (2005b). *Mapping the adoption, application, and adherence to family support principles*. Retrieved 7 de março, 2006, from www.praticalevaluation.org
- Dunst, C. J. (2009). Implications of evidence based practices for personnel preparation development in early childhood intervention. *Infants & Young Children*, 22(1), 44-53.
- Dunst, C. J., Brookfield, J., & Epstein, J. (1998). *Family centered early intervention and child, parent and family benefits*. Asheville: Winterberry Press.
- Dunst, C. J., & Bruder, M. B. (1999a). Family and community activity settings, natural learning environments, and children's learning opportunities. *Children's Learning Opportunities Report*, 1(2).
- Dunst, C. J., & Bruder, M. B. (1999b). Increasing children's learning opportunities in the context of family and community life. *Children's Learning Opportunities Report*, 1(1).
- Dunst, C. J., & Bruder, M. B. (2002). Valued outcomes of service coordination, early intervention, and natural environments. *Exceptional Children*, 3, 361-375.
- Dunst, C. J., Bruder, M. B., Trivette, C. M., Hamby, D., Raab, M., & McLean, M. (2001). Characteristics and consequences of everyday natural learning opportunities. *Topics in Early Childhood Special Education*, 21, 68-92.
- Dunst, C. J., & Deal, A. G. (1994). A family-centered approach to developing individualized family support plans. In C. J. Dunst, C. M. Trivette & A. G. Deal (Eds.), *Supporting & Strengthening Families: Methods, strategies and practices* (Vol. 1, pp. 73- 88). Cambridge: Brookline Books.
- Dunst, C. J., & Hamby, D. (1999a). Community life as source of children's learning opportunities. *Children's Learning Opportunities Report*, 1(4).
- Dunst, C. J., & Hamby, D. (1999b). Family life as souce of children's learning opportunities. *Children's Learning Opportunities Report*, 1(3).
- Dunst, C. J., Hamby, D., Trivette, C. M., Raab, M., & Bruder, M. B. (2000). Everyday family community life and children's naturally occurring learning opportunities. *Journal of Early intervention*, 23, 151-164.
- Dunst, C. J., Herter, S., & Shields, H. (2000). Interest based natural learning opportunities. *Young Exceptional Children*(2), 37-48.
- Dunst, C. J., Herter, S., Shiels, H., & Bennis, L. (2001). Mapping community-based natural learning opportunities. *Young Exceptional Children*(4), 16-24.
- Dunst, C. J., Johnson, C., Trivette, C. M., & Hamby, D. (1991). Family oriented early intervention policies and practices: Family centered or not? *Exceptional Children*, 58, 115-126.
- Dunst, C. J., Leet, H. E., & Trivette, C. M. (1988). Family resouces, personal well-being, and early intervention. *The Journal of Special Education*, 22(1), 108-116.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1989). An enablement and empowerment perspective of case management. *Topics in Early Childhood Special Education*, 8(4), 87-102.

- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326-349). Cambridge: University Press.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1994). Empowering case management practices: A family centered perspective. In C. J. Dunst, C. M. Trivette & A. G. Deal (Eds.), *Supporting and strengthening families* (pp. 187-196). Cambridge, MA: Brookline Books.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2001a). *Benefits associated with family resource center practices*. Asheville, NC: Winterberry Press.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2001b). *Parenting supports and resources, helping practices, and parenting competence*. Asheville, NC: Winterberry Press.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., Boyd, K., & Brookfield, J. (1994). Help-giving practices and the self-efficacy appraisals of parents. In C. Dunst, C. Trivette & A. Deal (Eds.), *Supporting and strengthening families: Methods, strategies and practices*. Cambridge: Brookline Books.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Cutspec, P. A. (2002a). An evidence based approach to documenting the characteristics and consequences of early intervention practices. *Centerscope, 1*(2).
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Cutspec, P. A. (2002b). Toward an operational definition of evidence based practices. *Centerscope, 1*(1).
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., Davis, M., & Cornwell, J. (1994). Characteristics of effective helping practices. In C. J. Dunst, C. M. Trivette & A. G. Deal (Eds.), *Supporting and strengthening families: Methods, strategies and practices*. (pp. 171-186). Cambridge: Brookline Books.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., Davis, M., & Corwell, J. (1988). Enabling and empowering families of children with health impairments. *Children's Health Care, 17*(2), 71-81.
- 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., & Deal, A. G. (1994). *Supporting & Strengthening families: Methods, strategies and practices*. (Vol. 1). Cambridge, MA:: Brookline Books.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2006). *Family support program quality and parent, family and child benefits*. Asheville: Winterberry Press.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered helping practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 13*, 370-378.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., Hamby, D. W., & Pollock, B. (1990). Family systems correlations of the behavior of young children with handicaps. *Journal of Early intervention, 14*(3), 204-218.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., Humphries, T., Raab, M., & Roper, N. (2001). Contrasting approaches to natural learning environment intervention. *Infants & Young Children, 14*(2), 48-63.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Jodry, W. (1997). Influences of social support on children and their families. In M. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 499-518). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Johanson, C. (1994). Parent Professional collaboration and partnerships. In C. J. Dunst, C. M. Trivette & A. G. Deal (Eds.), *Supporting & Strengthening families: Methods, strategies and practices* (pp. 197-211). Cambridge: Brookline Books.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & LaPointe, N. (1994). Meaning and key characteristics of empowerment. In C. J. Dunst, C. M. Trivette & A. G. Deal (Eds.), *Supporting and*

- strengthening families: methods, strategies and practices*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Mott, D. W. (1994). Strengths based family centered intervention practices. In C. J. Dunst, C. M. Trivette & A. G. Deal (Eds.), *Supporting & Strengthening families: Methods, strategies, and practices* (pp. 115-131). Cambridge: Brookline Books.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Snyder, D. (2000). Family-professional partnerships: A behavioral science perspective. In J. F. Marvin & R. L. Simpson (Eds.), *Collaboration with parents and families of children and youth with exceptionalities*. (pp. 27-48). Austin: PRO-ED, Inc.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Thompson, R. B. (1994). Supporting and strengthening family functioning: Toward a congruence between principle and practice. In C. J. Dunst, C. M. Trivette & A. G. Deal (Eds.), *Supporting & Strengthening families: Methods, strategies, and practices* (pp. 49- 59). Cambridge: Brookline Books.
- EADSNE. (2005). *Intervenção precoce na infância. Análise das situações na Europa*. Brussels: European Agency for Development in Special Needs Education.
- Epps, S., & Jackson, B. J. (2000). *Empowered families, successful children*. Washington: American Psychological Association.
- Erickson, M. F., & Kurz-Riemer, K. (1999). Early intervention: Where We've Been and where We're Going. In M. F. Erickson & K. Kurz-Riemer (Eds.), *Infants, toddlers, and families: A framework for support and intervention* (pp. 1-26). New York: The Guilford Press.
- Espe-Sherwindt, M. E. (1996). *The individualized family service plan (IFSP) in the field of early intervention: How level is the playing field?* Unpublished PHD, Ohio State University, Ohio.
- Espe-Sherwindt, M. E. (2008). Family centred practice: A collaborative, competency-enhancing, evidence-based model. *Support for Learning*.
- Farran, D. C. (1990). Effects of intervention with disadvantaged and disabled children: A decade review. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 501-539). Cambridge: Cambridge University Press.
- Farran, D. C. (2000). Another decade of intervention for children who are low income or disabled: What do we know now? In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 510- 548). Cambridge: Cambridge University Press.
- Farran, D. C. (2005). Developing and implementing preventive intervention programs for children at risk: poverty as a case in point. In M.Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 267- 304). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Feldman, M. A. (2004). The future of early intervention: Research and practice. In M. A. Feldman (Ed.), *Early intervention: The essential readings* (pp. 341- 345). Malden: Blackwell Publishing.
- Felgueiras, I. (1997). Modelos de intervenção precoce em crianças com necessidades educativas especiais. *Cadernos do CEACF*, 13/14, 23-28.
- Fernandes, M. D. A. (2001). *Subsídios para a caracterização de práticas de intervenção precoce implementadas pelas equipas de apoios educativos na região de Trás-os Montes*. Unpublished Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Ferreira, A. M. F. (2007). *Auto avaliação processual dos profissionais de intervenção precoce do distrito de Aveiro (AAP - PIP de Aveiro)*. Unpublished Mestrado,

- Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Ferreira, M. F. B. (1999). *O trabalho de equipa multidisciplinar em intervenção precoce: Expectativas e ideias de pais e profissionais na avaliação*. Unpublished Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Ferreira, V., & Almeida, A. S. (2005). Quantidade, qualidade e adequação das interações prestadores de cuidados-criança, factores de risco e características comportamentais. *Inclusão*, 6, 75-105.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE Publications.
- Fifer, W. P. (2005). O feto, o recém nascido e a voz da mãe. In J. Gomes-Pedro (Ed.), *A criança e a família no século XXI* (pp. 127-135). Lisboa: DINALIVRO.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(3), 521-539.
- Figueiredo, M. A. B. (2002). *A formação em intervenção precoce: Estudo exploratório sobre a formação das educadoras de apoio educativo no distrito do Porto*. Unpublished Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Flores, A. M. R. S. (1999). *Stress maternidade e redes de suporte social: Um estudo com mães de crianças com Síndrome de Down*. Unpublished Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana.
- Fonseca, C. M. N. (2006). *Percepções de pais e profissionais sobre o processo de transição das crianças dos serviços de intervenção precoce para as estruturas regulares de educação pré-escolar: Contributos para a organização de um planeamento e apoio integrados*. Unpublished Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- Fontão, M. M. M. S. P. (2003). *Contributos para o estudo da elegibilidade das mães adolescentes e seus filhos para os programas de intervenção precoce: As mães adolescentes do Vale do Ave*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Formosinho, J. (1996). Educação pré-escolar: Primeira etapa da educação básica. *Noesis*, 39, 26-28.
- Formosinho, J. (2000). Especialização docente e administração das escolas: Análise das dimensões da especialização docente e problematização da sua articulação com a administração das escolas. *Educação, Sociedade e Culturas*(13), 7-42.
- Formosinho, J. O., Ferreira, C., & Formosinho, J. (2000). A mobilidade docente compulsiva em Portugal - um problema para o desenvolvimento da educação pré-escolar no Distrito de Braga. In J. Formosinho, H. Luís, J. Pinto, C. Ferreira & F. I. Ferreira (Eds.), *Estudos sobre a mobilidade docente. Descontinuidade educativa no coração da prática pedagógica* (pp. 41-46). Lisboa: Ministério da Educação.
- Fowler, S., & Hazel, R. (1996). Planning transitions to support inclusion. In K. Allen; & I. Schwartz. (Eds.), *The exceptional child. Inclusion in early childhood education*. (pp. 171-202). Albany: Delmar Publishers.
- Franco, V., & Apolónio, A. M. (2008). *Avaliação do impacto da intervenção precoce no Alentejo: Criança, família e comunidade*. Évora: Administração Regional de Saúde do Alentejo.
- Fuertes, M., & Santos, P. L. (2003). Interação mãe-filho e qualidade da vinculação em crianças com alterações neuromotoras. *Psicologia*, XVII(1), 43-64.
- Gabarino, J. (1990). The Human ecology of early risk. In S. J. Meisels (Ed.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 78-96). Cambridge: Cambridge University Press.

- Gabarino, J., & Ganzel, B. (2000). The Human ecology of early risk. In S. J. Meisels (Ed.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 76- 93). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gallacher, K. (1997). Supervision, mentoring, and coaching: Méthods for supporting personnel development. In P. J. Winton, J. A. McCollum & C. Catlett (Eds.), *Reforming personnel preparation in early intervention* (pp. 191- 214). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Gallagher, J. J. (1990). The family as a focus for intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early Childhood Intervention* (pp. 540- 559). Cambridge: cambridge University Press.
- Gallagher, J. J. (1993). Policy designed for diversity: New initiatives for children with disabilities. In M. A. G. Donna M. Bryant (Ed.), *Implementing early intervention: From research to effective practice* (pp. 336- 350). New York: The Guilford Press.
- Gallagher, P., Malone, D. M., Cleghorne, M., & Helms, K. A. (1997). Perceived inservice training needs for early intervention personnel. *Exceptional Children*, 64(1), 19-30.
- Gallagher, P. A., Rhodes, C. A., & Darling, S. M. (2004). Parents as professionals in early intervention: A parent Educator model. *Topics in Early Childhood Special Education*, 24(1), 5-13.
- Gallagher, R. J., LaMontagne, M. J., & Johnson, L. J. (1998). Intervenção precoce: Um desafio à colaboração. In L. M. Correia (Ed.), *Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (pp. 65- 76). Porto: Porto Editora.
- Gallagher, R. J., & Serrano, A. M. (2002). Alargando o âmbito da intervenção precoce: A convergência entre as necessidades e os serviços. *Inclusão*, 2, 91-115.
- Gallagher, R. J., & Tramill, J. L. (1998). Para além da parte H: Implicações da legislação de intervenção precoce na organização de parcerias de colaboração escola/comunidade. In L. M. Correia & A. M. Serrano (Eds.), *Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. (pp. 33- 64). Porto: Porto Editora.
- Garshelis, J. A., & McConnell, S. R. (1993). Comparison of family needs assessed by mothers, individual professionals, and interdisciplinary teams. *Journal of Early Intervention*, 17(1), 36-49.
- Gavidia-Payne, S., & Stoneman, Z. (2004). Family predictors of maternal and paternal involvement in programs for young children with disabilities. In M. A. Feldman (Ed.), *Early intervention: The essencial readings* (pp. 311-338). Malden: Blackwell.
- George, D., & Mallery, P. (1999). *SPSS for Windows step by step. A simple guide and reference 10.0 update*. Boston: Allyn & Bacon.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1997). *O inquérito: Teoria e Prática*. Oeiras: CELTA.
- Gilkerson, L. (2004). Reflective supervision in infant family programs: Adding clinical process to nonclinical settings. *Infant Mental Health Journal*, 25(5), 424-439.
- Gilkerson, L., & Stott, F. (2000). Parent child relationships in early intervention with infants and toddlers with disabilities and their families. In C. H. Z. Jr (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 457-471). New York: Guilford Press.
- Gilliam, W. S. (2008). Head Start's evolving model of collaboration, early education, and family support: Comments from guest editor. *Infants & Young Children*, 21(1), 2-3.
- Gilliam, W. S., Meisels, S. J., & Mayes, L. C. (2005). Screening and surveillance in early intervention systems. In M. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 73- 98). Baltimore: Paul H. Brookes.

- Gomes, F. S., & Geraldês, S. (2005). Necessidades das famílias de crianças com perturbações do espectro do autismo. Um estudo com 40 famílias. *Inclusão*, 6, 45-61.
- Gomes-Pedro, J., Monteiro, M. B., Patrício, M. F., Carvalho, A., Torgal-Garcia, F., & Fiadeiro, I. (1986). Meaning and effects of early intervention on mothers. In J. Gomes-Pedro (Ed.), *Biopsychology of Early Parent-Infant Communication* (pp. 47-61). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonçalves, C. M. F. (2006). *Necessidades e recursos das famílias de crianças portadoras de Síndrome de Down residentes em área rural e área urbana*. Unpublished Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada e Université de Provence, Lisboa.
- Gonçalves, M. A. S. (2005). *Contributos para o estudo da relevância da formação inicial do curso de educação de infância para a prática da intervenção precoce: A formação dos educadores de infância nas ESE's e Universidades Públicas*. Unpublished Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Graça, P. R. M. (2008). *Estudo exploratório da escala de desenvolvimento Ages and Stages Questionnaire (AQS) , dos 30 aos 60 meses*. Unpublished Mestrado, Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, Braga.
- Grant, R. (2005). State strategies to contain costs in the early intervention program: Policy and evidence. *Topics in Early Childhood Special Education*, 25(4), 243-250.
- Green, S. (2005). Desenvolvimento da criança: Velhos temas e novas direcções. In J. G. Pedro, J. K. Nugent, J. G. Young & T. B. Brazelton (Eds.), *A Criança e a Família no Século XXI* (pp. 245- 265). Lisboa: DINALIVRO.
- Greenspan, S. I., & Meisels, S. J. (1996). Toward a new vision for the developmental assessment of infants and young children. In S. J. Meisels & E. Fenichel (Eds.), *New visions for the developmental assessment of infants and young children* (pp. 11-26). Washington, DC: ZERO TO THREE.
- Guralnick, M. J. (1989). Recent developments in early intervention efficacy research: Implications for family involvement in P.L. 99-457. *Topics in Early Childhood Special Education*, 9(3), 1-17.
- Guralnick, M. J. (1997). Second research in the field of early intervention. In M. J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 3-22). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Guralnick, M. J. (2001). A developmental systems model for early intervention. *Infants & Young Children*, 14(1-18).
- Guralnick, M. J. (2004). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. In M. A. Feldman (Ed.), *Early intervention: The essential readings* (pp. 9- 50). Malden: Blackwell Publishing.
- Guralnick, M. J. (2005a). Early intervention for children with intellectual disabilities: Current knowledge and future prospects. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 313-324.
- Guralnick, M. J. (2005b). An overview of the developmental systems model for early intervention. In M. J. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 3-28). Maryland: Paul H. Brookes.
- Hanft, B. E., Rush, D. D., & Shelden, M. L. (2004). *Coaching families and colleagues in early childhood*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Hanson, M. J. (2003). National legislation for early intervention. In S. L. Odom, M. Hanson, J. A. Blackman & S. Kaul (Eds.), *Early intervention practices around the world* (pp. 253- 279). Baltimore: Paul H. Brookes.

- Hanson, M. J. (2005). Ensuring effective transitions in early intervention. In M. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 373- 398). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Hanson, M. J., & Bruder, M. B. (2001). Early intervention: Promises to keep. *Infants Young Children, 13*(3), 47-58.
- Hanson, M. J., & Lynch, E. W. (2004). *Understanding families: Approaches to diversity, disability, and risk*. Baltimore: Paul Brookes.
- Harbin, G. L. (2005). Designing an integrated point of acesso in the early intervention system. In M. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 99- 129). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Harbin, G. L., & McNulty, B. A. (1990). Policy implementation: Perspectives on services coordination and interagency cooperation. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 700-721). Cambridge: University Press.
- Harbin, G. L., McWilliam, R. A., & Gallagher, J. J. (2000). Services for young children with disabilities and their families. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 387-415). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hauser-Cram, P., Warfield, M. E., Upshur, C. C., & Weisner, T. S. (2000). An expanded view of program evaluation in early childhood intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 487-509). Cambridge: University Press.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hopkins, K. D., Hopkins, B. R., & Glass, G. V. (1996). *Basic statistics for the behavioral sciences*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Hyson, M., & Odom, S. L. (2008). Foreword. In P. J. Winton, J. A. McCollum & C. Catlett (Eds.), *Practical approaches to early childhood professional development: Evidence, strategies, and Resources* (pp. vii-ix). Washington, DC: ZERO TO THREE.
- Iarossi, G. (2006). *The power of survey design: A user's guide for managing surveys, interpreting results, and influencing respondents*. Washington, DC.: The World Bank.
- Illback, R., Cobb, C., & Joseph, H. (1997). Introduction. In R. Illback, C. Cobb & H. Joseph (Eds.), *Integrated services for children and families: Opportunities for psychological practice* (pp. ix-xviii). Washington: American Psychological Association.
- Illback, R. J., Kalafat, J., & Sanders, D. (1997). Evaluating integrated service programs. In R. J. Illback, C. T. Cobb & H. M. Joseph (Eds.), *Integrated services for children and families: Opportunities for psychological practice* (pp. 323- 346). Washington: American Psychological Association.
- Johnson, L. J. (1994). Challenges facing early intervention: An overview. In L. J. Johnson, R. J. Gallagher, M. J. LaMontagne, J. B. Jordan, J. J. Gallagher, P. L. Hutinger & M. B. Karnes (Eds.), *Meeting early intervention challenges* (pp. 1-12). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Johnson, L. J., & Noga, J. E. (1998). Key collaborative skills. In L. J. Johnson, M. J. LaMontagne, P. M. Elgas & A. M. Bauer (Eds.), *Early childhood education: Blending theory, blending practice* (pp. 19-43). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Johnson, L. J., Ruiz, D. M., LaMontagne, M. J., & George, E. (1998). The history of collaboration: Its importance to blending early childhood special education practices. In L. J. Johnson, M. J. LaMontagne, P. M. Elgas & A. M. Bauer (Eds.),

- Early childhood education: Blending theory, blending practice* (pp. 1-17). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Judge, S. L. (1997). Parental perceptions of help-giving practices and control appraisals in early intervention programs. *Topics in Early Childhood Special Education, 17*, 457-476.
- Jung, L. A., & Baird, S. M. (2003). Effects of service coordinator variables on individualized family service plans. *Journal of Early Intervention, 25*, 206-218.
- Kasahara, M., & Turnbull, A. P. (2005). Meaning of family professional partnerships: Japanese mothers' perspectives. *Exceptional Children, 71*(3), 249-265.
- Keiser, A. P., & Hancock, T. B. (2003). Teaching parents new skills to support their young children's development. *Infants & Young Children, 16*(1), 9-21.
- Kelly, J. F., La-Force, C. B., & Spieker, S. J. (2005). Assessing family characteristics relevant to early intervention. In M. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 235-265). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Kennel, J. H. (1986). Biopsychology of early parent-infant communication. In J. Gomes-Pedro (Ed.), *Biopsychology of Early Parent-Infant Communication* (pp. 1-14). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Kennel, J. H. (2005). Tornar-se uma família: Vinculação e padrões de mudança no comportamento do bebé e da família. In J. Gomes-Pedro (Ed.), *A criança e a família no século XXI* (pp. 61-78). Lisboa: DINALIVRO.
- Klein, M. D., Cook, R. E., & Richardson-Gibbs, A. M. (2001). *Strategies for including children with special needs in early childhood settings*. Albany: DELMAR.
- Klein, N. K., & Gilkerson, L. (2000). Personnel preparation for early childhood intervention programs. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 454-483). Cambridge: Cambridge University Press.
- Knitzer, J. (1997). Service integration for children and families: Lessons and questions. In R. J. Illback, C. T. Cobb & H. M. Joseph (Eds.), *Integrated services for children and families: Opportunities for psychological practice* (pp. 3-21). Washington: American Psychological Association.
- Kontos, S., & Diamond, K. (1997). Preparing practitioners to provide early intervention services in inclusive settings. In P. J. Winton, J. A. McCollum & C. Catlett (Eds.), *Reforming Personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practical strategies* (pp. 393-410). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Krauss, M. W. (1997). Two generations of family research in early intervention. In M. J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 611-624). Baltimore, MD: Paul Brooks.
- LaParo, K. M., Olsen, K., & Pianta, R. C. (2002). Special education eligibility: Developmental precursors over the first three years of life. *Exceptional Children, 69*(1), 55-66.
- Leal, S. R. S. L. (2008). *Deficiência Mental e necessidades das famílias - A influência do contexto educativo*. Unpublished Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- Leitão, F. A. R. (1989a). A avaliação de programas de intervenção precoce. *Educação Especial e Reabilitação, 1*(1), 43-50.
- Leitão, F. A. R. (1989b). A avaliação de programas de intervenção precoce. *Educação Especial e Reabilitação, 1*(2), 54-66.
- Leitão, F. A. R. (1998). *Interacção Mãe-Criança e Actividade Simbólica*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

- Leitão, F. A. R. (2000). Comportamento diádico e actividade simbólica na criança normal e na criança com síndrome de Down. In F. R. Leitão (Ed.), *A Intervenção precoce e a Criança com síndrome de Down: Estudos sobre Interação* (pp. 59-84). Porto: Porto Editora.
- Leitão, F. A. R. (2005). Comunicação precoce mãe-criança. *Inclusão*, 6, 107-123.
- Li, C. (2001). *An examination of service coordinators' beliefs and use of family centered practice in early intervention programs*. Unpublished Degree of Doctor of education, Columbia University, Ann Arbor, MI.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. California: Sage Publications.
- Lipsitt, L. P. (2005). A experiência precoce e o comportamento do bebé no século XXI. In J. Gomes-Pedro (Ed.), *A criança e a família no século XXI* (pp. 93-125). Lisboa: DINALIVRO.
- Lopes, S., & Almeida, A. S. R. (2006). A qualidade da estimulação presente no contexto familiar e a sua influência nos primeiros 3 anos de vida. *Inclusão*(7), 5-26.
- Lopes, S. C. G. (2008). *Estudo exploratório da escala de desenvolvimento Ages and Stages Questionnaire (AQS) , dos 4 aos 14 meses*. Unpublished Mestrado, Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, Braga.
- Lynch, E. W., & Hanson, M. J. (2004). *Developing cross cultural competence: A guide for working with children and their families* (3 ed.). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Mahoney, G., & Bella, J. M. (1998). An examination of the effects of family centered early intervention on child and family outcomes. *Topics in Early Childhood Special Education*, 18(2), 83-94.
- Mahoney, G., & Filler, J. (1996). How responsive is early intervention to the priorities and needs of families. *Topics in Early Childhood Special Education*, 16(4), 437-447.
- Mahoney, G., Kaiser, A., Girolametto, L., MacDonald, J., Robinson, C., Safford, P., et al. (1999). Parent education in early intervention: A call for a renewed focus. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19(3), 131-140.
- Mahoney, G., & O'Sullivan, P. (1990). Early intervention practices with families of children with handicaps. *Mental Retardation*, 28, 169-176.
- Mahoney, G., O'Sullivan, P., & Dennebaum, J. (1990). A national study of mothers' perceptions of family focused early intervention. *Journal of Early intervention*, 14(2), 133-146.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martins, A. P. (1999). *O envolvimento familiar em intervenção precoce: Percepções dos pais e dos educadores de infância*. Unpublished Mestrado, Instituto Superior cde Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Martins, A. P. L. (2000). *O movimento da escola inclusiva. Atitudes dos professores do 1º ciclo do ensino básico*. Unpublished Mestrado, Instituto de Estudos da Criança-Universidade do Minho, Braga.
- McBride, S. L., & Brotherson, M. J. (1997). Guiding practitioners toward valuing and implementing family centered practices. In P. J. Winton, J. A. McCollum & C. Catlett (Eds.), *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practical strategies* (pp. 253-276). Baltimore: Paul H Brookes.
- McBride, S. L., Brotherson, M. J., Joanning, H., Whiddon, D., & Demmit, A. (1993). Implementation of family-centered services: Perceptions of families and professionals. *Journal of Early intervention*, 17(4), 414-430.
- McBride, S. L., & Peterson, C. (1997). Home-based intervention with families of children with disabilities: Who is doing what? *Topics in Early Childhood Special Education*, 17(2), 209-233.

- McCollum, J. A. (1989). Early interventionists in infants and early childhood programs: A comparison of preservice training needs. *Topics in Early Childhood Special Education*, 7(3), 24-35.
- McCollum, J. A. (2000). Taking the past along: reflecting on our identity as a discipline. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 79-86.
- McCollum, J. A., & Hemmeter, M. L. (1997). Parent child interaction intervention when children have disabilities. In M. J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 549-576). Baltimore: Paul H. Brookes.
- McConnell, S. R. (2000). Assessment in early intervention and early childhood special education: Building on the past to project into our future. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(1), 43-48.
- McGonigel, M. J., Kaufmann, R. K., & Johanson, B. H. (1991). *Guidelines and recommended practices for the individualized family service plan*. Bethesda, MD: Association for the Care of Children's Health.
- McLean, M. E., Snyder, P., Smith, B. J., & Sandall, S. R. (2002). The DEC Recommended practices in early intervention/early childhood special education: Social validation. *Journal of Early intervention*, 25(2), 120-128.
- McNaughton, D. (1994). Measuring parent satisfaction with early childhood intervention programs: Current practices, problems and future perspectives. *Topics in Early Childhood Special Education*, 5(2), 88-104.
- McWilliam, P. J. (1996). Collaborative consultation across seven disciplines: Challenges and solutions. In R. A. McWilliam (Ed.), *Rethinking pull-out services in early intervention: A professional resource* (pp. 315- 340). Baltimore: Paul H. brookes.
- McWilliam, P. J. (2003a). Entender as preocupações, prioridades e recursos da família. In P. J. McWilliam, P. J. Winton & E. R. Crais (Eds.), *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família* (pp. 39- 64). Porto: Porto Editora.
- McWilliam, P. J. (2003b). Planos de intervenção centrados na família. In P. J. McWilliam, P. J. Winton & E. R. Crais (Eds.), *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família* (pp. 111-138). Porto: Porto Editora.
- McWilliam, P. J. (2003c). Práticas de intervenção precoce centradas na família. In P. J. McWilliam, P. J. Winton & E. R. Crais (Eds.), *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família* (pp. 9- 21). Porto: Porto Editora.
- McWilliam, P. J. (2003d). Prestação de serviços numa base diária. In P. J. McWilliam, P. J. Winton & E. R. Crais (Eds.), *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família* (pp. 139-169). Porto: Porto Editora.
- McWilliam, P. J. (2003e). Primeiros encontros com a família. In P. J. McWilliam, P. J. Winton & E. R. Crais (Eds.), *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família* (pp. 23-38). Porto: Porto Editora.
- McWilliam, P. J. (2003f). Repensar a avaliação da criança. In P. J. McWilliam, P. J. Winton & E. R. Crais (Eds.), *Estratégias práticas para a intervenção centrada na família*. (pp. 65-79). Porto: Porto Editora.
- McWilliam, P. J., Winton, P. J., & Crais, E. R. (2003). *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família*. Porto: Porto Editora.
- McWilliam, R. (2002). *Os cinco elementos chave da prestação de serviços em contextos naturais*. Paper presented at the I Congresso Nacional de Intervenção Precoce, Coimbra.
- McWilliam, R. A. (1996a). Implications for the future of integrated specialized services. In R. A. McWilliam (Ed.), *Rethinking pull-out services in early intervention: A professional resource* (pp. 343- 371). Baltimore: Paul H. Brookes.

- McWilliam, R. A. (1996b). service delivery issues in center-based early intervention. In R. A. McWilliam (Ed.), *Rethinking pull-out services in early intervention* (pp. 3- 25). Baltimore: Paul H. Brookes.
- McWilliam, R. A. (2000). It's only natural...to have early intervention in the environments where it's needed. *Young Exceptional Children*(2), 17- 26.
- McWilliam, R. A. (2005). Assessing the resource needs of families in the context of early intervention. In M.Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 215- 233). Baltimore: Paul H. Brookes.
- McWilliam, R. A., Ferguson, A., Harbin, G. L., Porter, P., Munn, D., & Vandiviere, P. (1998). The family-centeredness of individualized family service plans. *Topics in Early Childhood Special Education, 18*, 69-82.
- McWilliam, R. A., Lang, L., Vandiviere, P., Angell, R., Collins, L., & Underdown, G. (1995). Satisfaction and struggles: Family perceptions of early intervention services. *Journal of Early intervention, 19*(1), 43-60.
- McWilliam, R. A., & Scott, S. (2001). A support approach to early intervention: A three part framework. *Infants & Young Children, 13*(4), 55-66.
- McWilliam, R. A., Snyder, P., Harbin, G. L., Porter, P., & Munn, D. (2000). Professionals and families perceptions of family-centered practices in infant-toddler services. *Early Education & Development, 11*(4), 519-538.
- McWilliam, R. A., Tocci, L., & Harbin, G. L. (1998). Family centered services: Service providers' discourse and behavior. *Topics in Early Childhood Special Education, 18*(4), 206-221.
- Meisels, S. J., & Atkins-Burnett, S. (2000). The elements of early childhood assessment. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 231-257). Cambridge: Cambridge University Press.
- Meisels, S. J., & Wasik, B. A. (1990). Who should be served? Identifying children in need of early intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 605-632). Cambridge: Cambridge University Press.
- Minke, K., & Scott, M. (1995). Parent-professional relationships in early intervention: A qualitative investigation. *Topics in Early Childhood Special Education, 15*, 335-352.
- Montagner, H. (2005). A ontogenia das interações do bebé durante o primeiro ano de vida. In J. Gomes-Pedro (Ed.), *A criança e a família no século XXI*. Lisboa: DINALIVRO.
- Moreira, E. F. S. (2007). *Intervenção precoce: Estudo exploratório das percepções das educadoras acerca das competências para uma prática centrada na família*. Unpublished Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Morgado, J., & Beja, A. (2000). As necessidades das famílias de crianças com necessidades educativas especiais. *Inclusão*(1), 45-51.
- Mota, M. C. M. A. M. F. (2000). *Subsídios para o estudo em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família. Que percursos?* Unpublished Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Mott, D. W. (2005a). Characteristics and consequences of resource based intervention practices. *CASEmakers, 1*(5), 1-4.
- Mott, D. W. (2005b). Conceptual and empirical foundations of resource based intervention practices. *CASEinPoint, 1*(5), 1-6.
- Mott, D. W. (2006a). Checklists for measuring adherence to resource based intervention practices. *CASEtools, 2*(3), 1-8.

- Mott, D. W. (2006b). Operationalizing resource based intervention practices. *CASEinPoint*, 2(5), 1-8.
- Mott, D. W., & Dunst, C. J. (2006). Influences of resource based intervention practices on parent and child outcomes. *CASEinPoint*, 2(6), 1-8.
- Mott, D. W., & Swanson, J. R. (2006). A research synthesis of resource based intervention practice studies. *CASEinPoint*, 2(10), 1-13.
- Narciso, L. F. V. S. (2003). *Redes de apoio social em intervenção precoce: Contributo para a avaliação do apoio social em famílias nos meios rural e urbano*. Unpublished Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana.
- Neal, P. (2007). *Are We making a difference? Measurement of family outcomes in early intervention*. Unpublished Ph.D., North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill.
- Newcomb, S., & Brown, L. (1996). Strategies for supporting families during transitions. In P. J. Beckman (Ed.), *Strategies for working with families of young children with disabilities* (pp. 151- 168). Baltimore: Paul. H. Brookes.
- Noblit, G. W., & Cobb, C. T. (1997). Organizing for effective integrated services. In R. J. Illback, C. T. Cobb & H. M. Joseph (Eds.), *Integrated services for children and families: Opportunities for psychological practice* (pp. 191- 219). Washington: American Psychological Association.
- Nóbrega, M. M. P. B. (1999). *Subsídios para o estudo da noção de crianças em risco ambiental*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Nugent, J. K. (1986). Infants and families: Models of support. In J. Gomes-Pedro (Ed.), *Biopsychology of Early Parent-Infant Communication* (pp. 31-45). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Odom, S. L. (2002). *Widening the circle: Including children with disabilities in preschool programs*. New York: Teachers College Press.
- Odom, S. L., , Brantlinger, E., Gersten, R., Horner, R. H., Thompson, B., et al. (2005). Research in special education: Scientific methods and evidence based practices. *Exceptional Children*, 71(2), 137-148.
- Odom, S. L., & Strain, P. S. (2002). Evidence based practice in early intervention/early childhood special education: single-subject design research. *Journal of Early intervention*, 25(2), 151- 160.
- Odom, S. L., & Wolery, M. (2003). A unified theory of practice in early intervention/early childhood special education: Evidence-based practices. *The Journal of Special Education*, 37(3), 164-173.
- Oliveira-Formosinho, J. (1998). *O Desenvolvimento profissional das educadoras de infância: Um estudo de caso*. Unpublished Doutoramento, Universidade do Minho, Braga.
- Oliveira-Formosinho, J. (2002). A interação educativa na supervisão de educadores estagiários: Um estudo longitudinal. In J. Oliveira-Formosinho (Ed.), *A supervisão na formação de professores I: Da sala à escola*. Porto: Porto Editora.
- Orsmond, G. I. (2005). Assessing interpersonal and family distress and threats to confident parenting in the context of early intervention. In M.Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 185- 213). Baltimore: Paul H. brookes.
- Ottenbacher, K. J. (1996). How to detect effects? Power and clinical significance in early intervention research. In M. Brambring, H. Rauh & A. Beelmann (Eds.), *c* (pp. 335-348). New York: de Gruyter.
- Pallant, J. (2001). *SPSS survival manual. A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows*. Buckingham: Open University Press.

- Park, J., & P.Turnbull, A. (2003). Service integration in early intervention: Determining interpersonal and structural factors for its success. *Infants & Young Children, 16*(1), 48-58.
- Parlakian, R. (2002). *Reflective supervision in practice*. Washington, DC: ZERO TO THREE.
- 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.
- Pereiro, M. H. V. M. (1996). *Contributos para uma análise avaliativa de intervenção precoce: As representações dos profissionais*. Unpublished Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana.
- Pereiro, M. H. V. M. (2000). Contributos para uma análise avaliativa da intervenção precoce: As representações dos profissionais. In F. R. Leitão (Ed.), *A intervenção precoce e a criança com síndrome de Down: estudos sobre interação*. (pp. 179-202). Porto: Porto Editora.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Peterson, C. A., Wall, S., Raikes, H. A., Kisker, E. E., Swanson, M. E., Jerald, J., et al. (2004). Early Head Start: Identifying and serving children with disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education, 24*(2), 76-88.
- Pierce, G. R., Sarason, B. R., Sarason, I. G., Joseph, H. J., & Henderson, C. A. (1996). Conceptualizing and assessing social support in the context of the family. In G. R. Pierce, B. R. Sarason & I. G. Sarason (Eds.), *Handbook of social support and the family* (pp. 3-23). New York: Plenum Press.
- Pimentel, J. S. (1997). *Um bebé diferente: Da individualidade da interação à especificidade da intervenção*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Pimentel, J. S. (2003). *Intervenção focada na família: Desejo ou realidade*. Unpublished Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Porto.
- Pimentel, J. S. (2005). *Intervenção focada na família: Desejo ou realidade*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Pimentel, J. S., & Menéres, S. (2003). Um estudo longitudinal de quatro crianças com síndrome de Down: Análise dos efeitos da adaptação das mães, da interação mãe-criança e das formas de apoio precoce no desenvolvimento das crianças. *Psicologia, XVII*(1), 81- 113.
- Place, P. (1994). Social policy and family autonomy. In L. J. Johnson, R. J. Gallagher, M. J. LaMontagne, J. B. Jordan, J. J. Gallagher, P. L. Hutinger & M. B. Karnes (Eds.), *Meeting early intervention challenges: Issues from birth to three*. (pp. 265- 278). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Portugal, G. (1992). *Ecologia do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner*. Aveiro: Centro de Investigação, Difusão e Intervenção Educacional.
- Pretis, M. (2006). *European passport on professional training in early childhood intervention*. Graz: Leonardo da Vinci.
- Pugach, M. C., & Johnson, L. J. (1995). *Collaborative practitioners. Collaborative schools*. Denver: Love Publishing Company.
- Raab, M. (2005). Interest-based child participation in everyday learning activities. *CASEinPoint, 1*(2).
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox : A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology, 9*, 1-25.

- Rapport, M. J., McWilliam, R. A., & Smith, B. J. (2004). Practices across disciplines in early intervention: The research base. *Infants & Young Children, 17*(1), 32-44.
- Reis, H. I. S. (2008). *O perfil de envolvimento e as necessidades dos irmãos das crianças com perturbação do espectro do autismo*. Unpublished Mestrado, Instituto de Estudos da Criança, da Universidade do Minho, Braga.
- Reynes-Blanes, M. E., Correa, V. I., & Bayley, D. B. (1999). Perceived needs of and support for Puerto Rican mothers of young children with disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education, 19*(1), 54-63.
- Ribeiro, M., & Sarmiento, T. (2005). O envolvimento dos pais na construção de uma rede terapêutico-educativa. *Inclusão, 6*, 21-43.
- Richmond, J., & Ayoub, C. (1993). Evolution of early intervention philosophy. In D. M. Bryant & M. A. Graham (Eds.), *Implementing early intervention: from research to effective practice*. (pp. 1-17). New York: The Guilford Press.
- Roberts, R. N., Rule, S., & Innocenti, M. S. (1998). *Strengthening the family professional partnership in services for young children*. Baltimore: Paul H. Brooks.
- Roberts, R. N., & Wasik, B. H. (1990). Home visiting programs for families with children birth to three: Results of a national survey. *Journal of Early intervention, 14*(3), 274-284.
- Rodrigues, H. M. M. T. (2003). *As necessidades de formação dos educadores de infância de apoio educativo e as necessidades sentidas pelas famílias de crianças com necessidades especiais de educação*. Unpublished Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Romer, E. F., & Umbreit, J. (1998). The effects of family centered service coordination: A social validity study. *Journal of Early intervention, 21*(2), 95-100.
- Rosenberg, S. A., Robinson, C., & Fryer, G. E. (2002). Evaluation of paraprofessional home visiting services for children with special needs and their families. *Topics in Early Childhood Special Education, 22*(3), 158-168.
- Rosenkoetter, S. E., Hains, A. H., & Fowler, S. A. (1994). *Bridging early services for children with special needs and their families*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Ruivo, J. B., & Almeida, I. C. (2002). *Contributos para o estudo das práticas de intervenção precoce em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Rush, D. D., & Shelden, M. L. (2005). *An evidence based definition of coaching practices*. Retrieved Janeiro, 2008, from <http://www.fippcase.org>
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek & G. Siegel (Eds.), *Review of Child Development Research* (Vol. 4, pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (1990). Transactional regulation and early intervention. In I. E. Siegel, A. V. McGillicuddy-DeLise & J. J. Goodnow (Eds.), *Handbook of Early Intervention* (pp. 119-149). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: the development ecology of early intervention. In J. P. Shonkoff & J. Meisels (Eds.), *Handbook of early Childhood Intervention* (Vol. 2, pp. 135-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sandall, S., McLean, M., & Smith, B. J. (2000). *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education*. Denver: SOPRIS West.
- Sandall, S. R., Smith, B. J., McLean, M. E., & Broudy-Ramsey, A. (2002). Qualitative research in early intervention/early childhood special education. *Journal of Early intervention, 25*(2), 129- 136.

- Santos, P. A. C. H. (2007). *Promovendo um processo de construção de uma cultura de intervenção precoce*. Unpublished Doutorado, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Santos, V. (2001). *Conhecer - compreender uma abordagem às relações pais/profissionais em intervenção Precoce*. Unpublished Mestrado, FPCE, Universidade do Porto, Porto.
- Sarimski, K. (1996). Parenting stress in early intervention. In M. Brambring, H. Rauh & A. Beelmann (Eds.), *Early childhood intervention: Theory, evaluation, and practice* (pp. 208-218). New York: de Gruyter.
- Scarborough, A., Hebbeler, K. M., & Spiker, D. (2006). Eligibility characteristics of infants and toddlers entering early intervention services in the United States. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3(1), 57-64.
- Scarborough, A., Spiker, D., Mallik, S., Hebbeler, K. M., D. B. Bailey, J., & Simeonsson, R. J. (2004). A national look at children and families entering early intervention. *Exceptional Children*, 70(4), 469-483.
- Seligman, M., & Darling, R. B. (1997). *Ordinary families, special children; A systems approach to childhood disability*. New York: The Guilford Press.
- Serrano, A. M. (2003a). Editorial. *Inclusão*(4), 3-5.
- Serrano, A. M. (2003b). *Formal and informal resource among families with young children with special needs in the district of Braga, Portugal*. Unpublished Tese de Doutoramento, Universidade do Minho, Braga.
- Serrano, A. M. (2007). *Redes sociais de apoio e sua relevância para a intervenção precoce*. Porto: Porto Editora.
- Serrano, A. M., & Bento, A. (2004). Identificação das redes de apoio social num grupo de famílias de risco. *Inclusão*(5), 97-111.
- Serrano, A. M., & Correia, L. M. (1998). 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.
- Serrano, A. M., & Correia, L. M. (2003a). Inclusão e intervenção Precoce: Para um começo educacional promissor. In L. M. Correia (Ed.), *Inclusão e necessidades educativas especiais: Um guia para educadores e professores* (pp. 53- 59). Porto: Porto Editora.
- Serrano, A. M., & Correia, L. M. (2003b). Parcerias pais-professores na educação da criança com NEE. In L. M. Correia (Ed.), *Inclusão e necessidades educativas especiais: Um guia para educadores e professores* (pp. 61- 70). Porto: Porto Editora.
- Serrano, A. M., Pereira, A. P. S., & Carvalho, M. L. (2003). Oportunidades de aprendizagem para a criança nos seus contextos de vida: Família e comunidade. *Psicologia*, XVII(1), 65- 80.
- Shannon, P. (2004). Barriers to family centered services for infants and toddlers with developmental delays. *Social Work*, 49(2), 301-308.
- Sheehan, R., & Snyder, S. (1996). Recent trends and issues in program evaluation in early intervention. In M. Brambring, H. Rauh & A. Beelmann (Eds.), *Early childhood intervention: Theory, evaluation, and practice* (pp. 281-304). New York: de Gruyter.
- Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (1990). Early childhood intervention : the evolution of a concept. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 3-31). Cambridge: University Press.

- 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. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Simeonsson, R. J., & Bailey, D. B. (1990). Family dimensions in early intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early intervention* (pp. 428-444). Cambridge: Cambridge University Press.
- Simeonsson, R. J. (1996). Family expectations, encounters and needs. In M. Brambring, H. Rauh & A. Beelman (Eds.), *Early childhood intervention: Theory, evaluation and practice* (pp. 196-207). New York: de Gruyter.
- Simeonsson, R. J., Edmondson, E., Smith, T., Carnahan, S., & Bucy, J. (1995). Family involvement in multidisciplinary team evaluation: Professional and parent perspectives. *Childcare, Health, and Development*, 21(3), 199-215.
- Simões, A. C. L. (2007). *Caracterização dos programas de intervenção precoce ao abrigo do Despacho-Conjunto N° 981/99 de 19 de Outubro, no Distrito de Faro*. Unpublished Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Smith, B. J., & McKenna, P. (1994). Early intervention public policy: past, present, and future. In D. M. Bryant & M. A. Graham (Eds.), *Implementing early intervention: From research to effective practice*. (pp. 251-264). New York: The Guilford Press.
- Smith, B. J., Strain, P. S., Snyder, P., Sandall, S. R., McLean, M. E., Broudy-Ramsey, A., et al. (2002). DEC Recommended practices: A review of 9 years of EI/ECSE research literature. *Journal of Early intervention*, 25(2), 108-119.
- Snyder, P., Thompson, B., McLean, M. E., & Smith, B. J. (2002). Examination of qualitative methods used in early intervention reserach: linkages with recommended practices. *Journal of Early intervention*, 25(2), 137-150.
- Snyder, P., & Wolfe, B. (2008). The big three process components of effective professional development: Needs assessment, evaluation, and follow-up. In P. J. Winton, J. A. McCollum & C. Catlett (Eds.), *Practical approaches to early childhood professional development: Evidence, strategies, and resources* (pp. 13-51). Washington, DC: ZERO TO THREE.
- Sontag, J. C. (1996). Toward a comprehensive theoretical framework for disability research: Bronfenbrenner revisited. *The Journal of Special Education*, 30(3), 319-344.
- Spiker, D., Hebbeler, K., & Mallik, S. (2005). Developing and implementing early intervention programs for children with established disabilities. In M.Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 305- 349). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Stayton, V. D. (2003). Introduction to DEC personnel preparation recommended practices. In V. D. Stayton, P. S. Miller & L. A. Dinnebeil (Eds.), *DEC personnel preparation in early childhood special education*. Denver: SOPRIS West e DEC.
- Stayton, V. D., & Bruder, M. B. (1999). Early intervention personnel preparation for the new millennium: Early childhood special education. *Infants & Young Children*, 12(1), 59-69.
- Stayton, V. D., Miller, P. S., & Dinnebeil, L. A. (2003). *DEC Personnel preparation in early childhood special education. Implementing the DEC recommended practices*. Denver: Sopris West e DEC.
- Stonestreet, R. H., Johnson, R. G., & Acton, S. J. (1991). Guidelines for real partnerships with parents. *Infant - Toddler Intervention. The Transdisciplinary Journal*, 1(1), 37-46.

- Strain, P. S., & Joseph, G. E. (2004). Engaged supervision to support recommended practices for young children with challenging behavior. *Topics in Early Childhood Special Education, 24*(1), 39-50.
- Summers, J. A., Hoffman, L., Marquis, J., Turnbull, A. P., & Poston, D. (2005). Relationship between parent satisfaction regarding partnerships with professionals and age of child. *Topics in Early Childhood Special Education, 25*(1), 48-58.
- Summers, J. A., Steeples, T., Peterson, C., Naig, L., McBride, S. L., & Wall, S. (2001). Policy and management supports for effective service integration in early head start and part C programs. *Topics in Early Childhood Special Education, 12*(1), 16-30.
- Summers, J. A., Turnbull, A. P., Benson, H. A., Santelli, E., Campbell, M., & Siegel-Causey, E. (1990). Examining the individualized service plan process: What are family and practitioner preferences? *Topics in Early Childhood Special Education, 10*(1), 78-99.
- Teixeira, M. S. C. (2008). *Estudo exploratório da escala de Desenvolvimento Ages and stages Questionnaire (AQS), dos 16 aos 27 meses*. Unpublished Mestrado, IEC - Universidade do Minho, Braga.
- Thompson, B., Diamond, K. E., McWilliam, R., Snyder, P., & Snyder, S. W. (2005). Evaluating the quality of evidence from correlational research for evidence based practice. *Exceptional Children, 71*(2), 181-194.
- Thompson, L., Lobb, C., Elling, S., Herman, S., Jurkiewicz, T., & Hulleza, C. (1997). Pathways to family empowerment: Effects of family-centered delivery of early intervention services. *Exceptional Children, 64*, 99-113.
- Thorp, E. K., & McCollum, J. A. (1994). Personnel in early intervention programs: Areas of needed competence. In L. J. Johnson, R. J. Gallagher, M. J. LaMontagne, J. B. Jordan, J. J. Gallagher, P. L. Hutinger & M. B. Karnes (Eds.), *Meeting early intervention challenges: Issues from birth to three* (pp. 167-184). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Thurman, S. K. (1997). Systems, ecologies, and the context of early intervention. In S. K. Thurman, J. R. Cornwell & S. R. Gottwald (Eds.), *Contexts of early intervention; Systems and settings* (pp. 3-17). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Tjossem, T. D. (1976). Early intervention: Issues and approaches. In T. D. Tjossem (Ed.), *Intervention strategies for high risk infants and young children* (pp. 3- 30). Baltimore: University Park Press.
- Trivette, C. M. (1998). How much is enough: Training issues regarding family-centered practices. *Journal of Early intervention, 21*(2), 111-113.
- Trivette, C. M., & Dunst, C. J. (2000). Recommended practices in family based practices. In S. Sandall, M. McLean & B. J. Smith (Eds.), *DEC Recommended Practices in Early Intervention/Early Childhood Special Education* (pp. 39-46). Longmont, CO: Sopris West.
- Trivette, C. M., Dunst, C. J., Boyd, K., & Hamby, D. W. (1995). Family oriented program models, helping practices, and control appraisal. *Exceptional Children, 62*, 237-248.
- 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., Deal, A. G., Hamby, D. W., & Sexton, D. (1994). Assessing family strengths and capabilities. In C. J. Dunst, C. M. Trivette & A. G. Deal (Eds.), *Supporting & Strengthening families. Methods, strategies, and practices*. (pp. 132- 139). Cambridge: Brookline Books.

- Trivette, C. M., Dunst, C. J., & Hamby, D. W. (1996a). Characteristics and consequences of help giving practices in contrasting human services programs. *American Journal of Community Psychology, 24*, 273-293.
- Trivette, C. M., Dunst, C. J., & Hamby, D. W. (1996b). Factors associated with perceived control appraisals in a family centered early intervention program. *Journal of Early intervention, 20*, 165-178.
- Trivette, C. M., Dunst, C. J., & Hamby, D. W. (1996c). Social support and coping in families of children at risk for developmental disabilities. In M. Brambring, H. Rauh & A. Beelmann (Eds.), *Early childhood intervention: Theory, evaluation, and practice* (pp. 234-264). New York: de Gruyter.
- Trohanis, P. L. (1994). Continuing positive changes Through implementation of IDEA. In L. J. Johnson, R. J. Gallagher, M. J. LaMontagne, J. B. Jordan, J. J. Gallagher, P. L. Hutinger & M. B. Karnes (Eds.), *Meeting early intervention Challenges: Issues from birth to three*. (pp. 217- 233). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Trohanis, P. L. (2008). Progress in providing services to young children with special needs and their families. An overview to and update on the implementation of the Individuals with Disabilities Education Act (IDEA). *Journal of Early intervention, 30*(2), 140-151.
- Tuckman, B. W. (2000). *Manual de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Turnbull, A. P., Blue-Banning, M., Turbiville, V., & Park, J. (1999). From Parent Education to Partnership education: A call for a transformed focus. *Topics in Early Childhood Special Education, 19*(3), 164-172.
- Turnbull, A. P., Summers, J. A., Turnbull, R. H., Brotherson, M. J., Winton, P., Roberts, R., et al. (2007). Family support and services in early intervention: A bold vision. *Journal of Early intervention, 29*(3), 187-206.
- Turnbull, A. P., Turbiville, V., & Turnbull, R. H. (2000). Evolution of family-professional partnerships: Collective empowerment as the model for the early twenty-first century. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 630-650). Cambridge: University Press.
- Turnbull, A. P., & Turnbull, H. R. (1990). *Families professionals and exceptionality: A special partnership*. Columbus, OH: Charles E. Merrill Publishing Company.
- Upshur, C. C. (1990). Early intervention as preventive intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 633-650). Cambridge: Cambridge University Press.
- Veiga, M. E. (1995). *Intervenção precoce e avaliação: Estudo introdutório*. Porto: O Fio de Ariana.
- Viana, R. M. P. (2005). *Importância da formação para uma prática de qualidade em intervenção precoce*. Unpublished Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Braga.
- Walsh, S., Rous, B., & Lutzer, C. (2000). The federal IDEA natural environments provisions. *Young Exceptional Children*(2), 3- 15.
- Warfield, M. E., & Hauser-Cram, P. (2005). Monitoring and evaluation in early intervention programs. In M.Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 351- 372). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Warfield, M. E., Hauser-Cram, P., Krauss, M. W., Shonkoff, J. P., & Upshur, C. C. (2004). The effect of early intervention services on maternal well-being. In M. A. Feldman (Ed.), *Early intervention: The essencial readings* (pp. 285- 308). Malden: Blackwell Publishing.

- Wesley, P., Buysse, V., & Skinner, D. (2001). Early interventionists perspectives on professional confort as consultants. *Journal of Early intervention, 24*(2), 112-128.
- Wesley, P., Buysse, V., & Tyndall, S. (1997). Family and professional perspectives on early intervention: An exploration using focus groups. *Topics in Early Childhood Special Education, 17*(435-456).
- Wilson, L. L. (2005). Characteristics and consequences of capacity building parenting supports. *CASEmakers, 1*(4), 1-3.
- Winton, P. J. (1996). Family-professional partnerships and integrated services. In R. A. McWilliam (Ed.), *Rethinking pull-out services in early intervention: A professional resource* (pp. 49- 69). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Winton, P. J. (2000). Early childhood intervention personnel preparation: Backward mapping for the future planning. *Topics in Early Childhood Special Education, 20*(2), 87-94.
- Winton, P. J., & McCollum, J. A. (1997). Ecological perspectives on personnel preparation: Rationale, framework, and guidelines for change. In P. J. Winton, J. A. McCollum & C. Catlett (Eds.), *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practical strategies* (pp. 3-25). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Winton, P. J., & McCollum, J. A. (2008). Preparing and supporting high quality early childhood practitioners: Issues and evidence. In *Practical approaches to early childhood professional development: Evidence, strategies, and resources*. (pp. 1-12). Washington: ZERO TO THREE.
- Winton, P. J., McCollum, J. A., & Catlett, C. (1997). *Reforming personnel preparation in early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Winton, P. J., McCollum, J. A., & Catlett, C. (2008a). A framework and recommendations for a cross-agency professional development system. In P. J. Winton, J. A. McCollum & C. Catlett (Eds.), *Practical approaches to early childhood professional development: Evidence, strategies, and resources* (pp. 263-272). Washington, DC: ZERO TO THREE.
- Winton, P. J., McCollum, J. A., & Catlett, C. (2008b). *Practical approaches to early childhood professional development: Evidence, strategies, and resources*. Washington, DC: ZERO TO THREE.
- Winton, P. J., McCollum, J. A., & Catlett, C. (2008c). Preparing and supporting high quality early childhood practitioners: Issues and evidence. In *Practical approaches to early childhood professional development: Evidence, strategies, and resources*. (pp. 1- 12). Washington: ZERO TO THREE.
- Wolery, M., & Wilbers, J. S. (1994). Introduction to the inclusion of young children with special needs in early childhood programs. In M. Wolery & J. S. Wilbers (Eds.), *Including Children with Special Needs in Early Childhood Programs* (pp. 1- 22). Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
- Wolraich, M. L., Gurwitch, R. H., Bruder, M. B., & Knight, L. A. (2005). The role of comprehensive interdisciplinary assessments in the early intervention system. In M. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 133- 150). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Young, J. G. (2005). Mecanismos nervosos para a adaptação na infância facilitada pelos pais. In J. G. Pedro, J. K. Nugent, J. G. Young & T. B. Brazelton (Eds.), *A criança e a Família no século XXI* (pp. 285- 373). Lisboa: DINALIVRO.
- Young, J. G., Pedro, J. G., Nugent, J. K., & Brazelton, T. B. (2005). O bebé e a família num novo século: Integrar as perspectivas clínicas e da neurociência. In J. G.

- Pedro, J. K. Nugent, J. G. Young & T. B. Brazelton (Eds.), *A Criança e a Família no Século XXI* (pp. 415- 456). Lisboa: Dinalivro.
- Zhang, C., & Bennett, T. (2001). Beliefs about and implementation of family centered practice: A study with Early Head Start staff in six states. *Infant - Toddler Intervention. The Transdisciplinary Journal*, 11(3-4), 201-222.
- Zigler, E. F. (2000). Foreword. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. xi-xv). Cambridge: Cambridge University Press.

ANEXO A

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

BRASS TACKS

Avaliação das Práticas Centradas na Família na Intervenção Precoce

VERSÃO AVALIAÇÃO - PROFISSIONAL

**P. J. McWilliam
R. A. McWilliam**

**1993
Frank Porter Graham Child Development Center
The University of North Carolina at Chapel Hill**

Avaliação das Práticas Centradas na Família na Intervenção Precoce

Introdução

A Brass Tacks foi desenvolvida para apoiar os profissionais, equipas e programas de Intervenção Precoce a avaliar o grau de incidência nas suas práticas da abordagem centrada na família. Este instrumento também pretende servir como veículo de identificação das alterações necessárias a introduzir nos programas ou práticas individuais, no sentido de se tornarem mais centradas na família.

Este instrumento está dividido em 4 Etapas de prestação de serviços:

Etapa 1: Primeiros Encontros com a Família

Etapa 2: identificação dos objectivos da intervenção (Avaliação da criança e da família)

Etapa 3: Plano de Intervenção

Etapa 4: Prestação de Serviços/Apoios Diários

Instruções de Resposta

Passo 1: Classifique-se a si próprio em cada prática

Leia atentamente cada uma das questões. Faça um círculo à volta do número que melhor retrata a **frequência** com que demonstra este tipo de prática. Ao avaliar-se, tenha em consideração **todas as famílias que apoia**.

Passo 2: Classifique o grau de importância que cada prática tem para si

Faça um círculo à volta do número que melhor retrata o **grau de importância** que atribui a cada prática.

¹Versão experimental, traduzida e adaptada por Ana Paula da Silva Pereira com autorização de P. J. McWilliam e R. A. McWilliam, para fins de investigação. Braga, Junho de 2007.

Instruções

Ao avaliar-se, tenha em consideração todas as famílias que apoia

Passo 1: Classifique-se a si próprio em cada prática

Leia atentamente cada uma das questões. Faça um círculo à volta do número que melhor retrata a frequência com que demonstra este tipo de prática.

Passo 2: Classifique o grau de importância que cada prática tem para si

Faça um círculo à volta do número que melhor retrata o grau de importância que atribui a cada prática.

Etapa 1: Primeiros Encontros com a Família (referimento e/ou entrada no programa)

Práticas	Com que Frequência					Importância desta Prática				
	Nunca	Raras vezes	Algumas vezes	Usualmente	Sempre	Nada importante	Por vezes importante	Importante	Muito importante	Importantíssimo
1. Evita colocar questões pessoais que não estão directamente relacionadas com as preocupações da família/criança?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Oferece aos pais a possibilidade de escolha em relação ao local e ao momento do primeiro encontro?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Escuta mais as famílias do que coloca questões ou dá conselhos?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Presta ajuda e apoio à família logo no primeiro encontro (exs. apoio emocional, informativo, pistas/soluções, serviços, recomendações)?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. O primeiro encontro com a família ocorre no prazo de uma semana após o referimento?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. transmite aos pais que valoriza o seu filho(a) e que se preocupa com o seu bem-estar (ex: fala directamente com a criança, interage com agrado com a criança, etc).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Etapa 2: Identificação dos Objectivos da Intervenção (Avaliação da criança e da família)¹

Práticas	Com que Frequência					Importância desta Prática				
	Nunca	Raras vezes	Algumas vezes	Usualmente	Sempre	Nada importante	Por vezes importante	Importante	Muito importante	Importantíssimo
1. Realiza a avaliação em momentos mais convenientes para a família? Os pais podem escolher esses momentos?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Pergunta aos pais quais as questões que eles gostariam que a avaliação desse resposta?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Oferece aos pais a possibilidade de escolha em relação aos instrumentos de avaliação que serão utilizados com a criança, bem como aos processos usados na sua administração?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Valoriza perante os pais o que a criança consegue fazer em detrimento do que não consegue fazer?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Permite que os pais tenham oportunidade de estar presentes em todos os encontros de planificação da avaliação da criança ou de discussão dos seus resultados?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Divulga e explica aos pais os resultados da avaliação imediatamente após a sua obtenção (exs. no mesmo dia)?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Fornece aos pais uma cópia do (s) relatório (s) da avaliação?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

¹ Versão experimental, traduzida e adaptada por Ana Paula da Silva Pereira com autorização de P. J. McWilliam e R. A. McWilliam, para fins de investigação. Braga, Junho de 2007.

Etapa 3: Planificação da Intervenção para a criança e família¹

Práticas	Com que Frequência					Importância desta Prática				
	Nunca	Raras vezes	Algumas vezes	Usualmente	Sempre	Nada importante	Por vezes importante	Importante	Muito importante	Importantíssimo
1. Oferece aos pais oportunidade de estarem presentes em todas as discussões acerca da planificação da intervenção para o seu filho(a) e para eles mesmos?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Os pais têm o poder de decisão em relação aos objectivos e aos processos utilizados para alcançar esses objectivos?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. A maioria dos objectivos para a criança, definidos no plano de intervenção, pode ser atingida no período de um ano?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Utiliza as informações e ideias prestadas pelos pais no desenvolvimento do plano de intervenção?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Oferece aos pais opções de serviços e recursos disponíveis para atingir os objectivos da intervenção para o seu filho(a)? Respeita as suas decisões em relação aos serviços que o seu filho(a) poderá ou não receber?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Na identificação dos objectivos da intervenção, preocupa-se com as necessidades, desejos e sentimentos de todos os membros da família?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

¹ Versão experimental, traduzida e adaptada por Ana Paula da Silva Pereira com autorização de P. J. McWilliam e R. A. McWilliam, para fins de investigação. Braga, Junho de 2007.

Etapa 4: Prestação de Serviços/Apoios Diários¹

Práticas	Com que Frequência					Importância desta Prática				
	Nunca	Raras vezes	Algumas vezes	Usualmente	Sempre	Nada importante	Por vezes importante	Importante	Muito importante	Importantíssimo
1. Sempre que vê os pais diz-lhes algo de positivo acerca do seu filho (a)?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Sempre que vê os pais elogia-os (ou felicita-os) acerca de algo?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Certifica-se que os pais têm acesso rápido e directo a todos os elementos da equipa de intervenção?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Torna conveniente e agradável a participação dos pais, de outros membros da família alargada e amigos nos programas de intervenção (ex. adequação do horário das visitas domiciliárias, ao centro, das reuniões..)?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Providencia acesso fácil às fontes de informação que poderão ser úteis e importante para os pais (livros, revistas, jornais, artigos especializados, legislação, vídeos, eventos, etc.).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

¹ Versão experimental, traduzida e adaptada por Ana Paula da Silva Pereira com autorização de P. J. McWilliam e R. A. McWilliam, para fins de investigação. Braga, Junho de 2007.

ANEXO B

CARTA DE APRESENTAÇÃO ENVIADA AOS PROFISSIONAIS

Cara(o) colega,

Sou assistente do Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho e encontro-me neste momento a realizar o meu estudo de Doutoramento em Educação Especial na área de especialidade de Intervenção Precoce, sob orientação da Professora Doutora Ana Maria Serrano.

Assim, gostaria de solicitar a sua colaboração em relação ao preenchimento do inquérito que junto envio, o qual é composto por **III Partes:** informação sócio-demográfica; questionário de identificação das práticas realizadas, assim como do grau de importância atribuído a essas mesmas práticas (Brass Tacks); e por 4 questões de resposta breve. O tempo de preenchimento é de cerca de 20 minutos. Peço-lhe, por favor, que preencha o inquérito esta semana

Todas as respostas são confidenciais e anónimas.

Após o preenchimento agradeço que o coloque no respectivo envelope, o feche e o envie por correio ou o entregue à vossa Equipa de Coordenação ou Coordenador.

Junto ao inquérito envio uma pequeníssima lembrança (mini lápis), com a qual pretendo, com simplicidade e com carinho, deixar o meu mais profundo agradecimento.

Grata pela sua disponibilidade e colaboração,

Contactos:

appereira@iec.uminho.pt

253 601235

Atenciosamente

(Ana Paula da Silva Pereira)