

Dora Maria Pinto Ferreira Pacheco

**Avaliação de Práticas Centradas na Família na Região Autónoma
da Madeira – Consultoria Colaborativa**



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Porto, 2019

Dora Maria Pinto Ferreira Pacheco

**Avaliação das Práticas Centradas na Família na Região Autónoma
da Madeira – Consultoria Colaborativa**



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Porto, 2019

Dora Maria Pinto Ferreira Pacheco

**Avaliação das Práticas Centradas na Família na Região Autónoma
da Madeira – Consultoria colaborativa**



Assinatura: _____

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação, na área de especialização em Educação Especial no Domínio de Intervenção Precoce na Infância, sob a orientação da **Professora Doutora Luísa Saavedra**.

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Porto, 2019

RESUMO

Temos presente que uma prática de intervenção precoce eficaz deve basear-se na evidência e ir, assim, ao encontro das práticas centradas na família (PCF). Deste modo, no geral, procuramos avaliar a perceção dos profissionais de Intervenção Precoce na Infância (IPI), das suas práticas tanto nos contextos de integração como nas visitas domiciliárias.

Neste estudo, tivemos, como objetivos: (1) aferir se as práticas dos diferentes profissionais, considerando a sua perceção das mesmas, traduzem práticas de intervenção precoce (IP) recomendadas internacionalmente, baseadas em modelos centrados na família e na comunidade; (2) reconhecer variáveis sociodemográficas passíveis de estar associadas às perceções relativas às práticas típicas e ideais; (3) verificar a existência de práticas de consultoria colaborativa na Região Autónoma da Madeira (RAM).

Tratou-se de um estudo de cariz quantitativo no qual foram utilizados dois instrumentos de recolha de dados, nomeadamente, uma escala de registo de comportamentos tipo Likert, de 9 pontos e um questionário de dados sociodemográficos, este último visando a caracterização dos diferentes participantes em variáveis como a idade, sexo, entre outras. Ambos foram gentilmente cedidos, para uso na investigação, pela Professora Doutora Tânia Boavida et al., (2015), tendo sido usados num estudo mais alargado realizado no continente.

Os resultados obtidos revelam que existe ainda um caminho a percorrer de modo a ser realidade a aproximação às práticas recomendadas internacionalmente na intervenção precoce na infância, visto que os valores obtidos não apresentam práticas de consultoria colaborativa, práticas centradas na família.

Conclui-se de um modo geral que as variáveis estudadas exercem pouca influência nas perceções dos profissionais.

Palavras-chave: Intervenção Precoce, Práticas Centradas na Família, Consultoria Colaborativa

ABSTRACT

We are aware that an effective practice in early childhood intervention must be based on evidence, and therefore use family centered practices. So, in general, we search to evaluate the perceptions of the professionals of early childhood intervention

In this study we aimed: (1) to verify if the practices of the different professionals, considering their perception of them, translate internationally recommended precocious intervention (IP) practices, based on models centered in the family and the community; (2) recognize sociodemographic variables that can be associated with perceptions of typical and ideal practices; (3) to verify the existence of collaborative consulting practices in the Autonomous Region of Madeira (RAM).

This was a quantitative study in which two data collection instruments were used, namely a 9-point Likert-type behavior scale and a sociodemographic data questionnaire, the latter aiming to characterize the different participants in such as age, gender, and others. Both were kindly assigned for use in the research by Professora Doutora Tânia Boavida et al., (2015), and were used in a larger study carried out in the continent.

The results show that there is still a way to go in order to be a reality the approach to internationally recommended practices in early childhood intervention, since the values obtained do not present practices of collaborative consultation, practices centered in the family.

It is generally concluded that the studied variables exert little influence on the professionals' perceptions.

Key Words: Early childhood, Family-centered practices, Collaborative consultation.

Cântico negro

(Excerto)

"Vem por aqui" — dizem-me alguns com os olhos doces
Estendendo-me os braços, e seguros
De que seria bom que eu os ouvisse
[...]

Se ao que busco saber nenhum de vós responde
Por que me repetis: "vem por aqui!"?
[...]

Não sei por onde vou
Não sei para onde vou
Sei que não vou por aí!

José Régio

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização desta dissertação:

À Professora Doutora Luísa Saavedra, como tutora desta tese contribuiu de uma forma valiosa para tomadas de decisão importantes, pela sua dedicação, empenho, disponibilidade e encorajamento constante, pela sua transmissão de conhecimentos através de críticas construtivas e enriquecedoras.

Aos Docentes Especializados e Técnicos Superiores das diferentes áreas que integraram o grupo desta pesquisa, que com a sua simpatia e gentileza disponibilizaram o seu tempo, contribuindo de forma preciosa, pois sem eles não teria sido possível a realização deste estudo.

À Secretaria Regional de Educação e à Direção de Serviços de Investigação, Formação e Inovação Educacional da Direção Regional de Educação da Madeira por autorizar a realização deste estudo nos Centros de Recursos Educativos Especializados dos diferentes concelhos.

Aos meus familiares, especialmente ao meu pai por sempre me incentivar a querer saber mais e ao meu marido, uma palavra de apreço pelo apoio.

Ao meu filho Guilherme, a quem tirei horas de acompanhamento, o meu obrigada pelo amor, pela alegria e orgulho que me traz a cada dia.

Finalmente à minha mãe Clara (“D. Ivone”), um tributo póstumo de gratidão, por tudo...

ÍNDICE

RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
ÍNDICE.....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xii
ÍNDICE DE QUADROS.....	xiii
ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	xv
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xvi
INTRODUÇÃO.....	1
I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	3
1. A Intervenção Precoce na Infância.....	3
1.1. Definição de intervenção Precoce.....	3
1.2. Modelos e Práticas de desenvolvimento que servem de referência à Intervenção Precoce.....	6
2. A Intervenção Precoce em Portugal e a legislação.....	9
2.1. Evolução e enquadramento legal.....	9
2.2. Decreto – Lei n.º 289/2009 de 6 de outubro.....	9
2.3. Enquadramento legislativo da Intervenção Precoce na Infância na Região Autónoma da Madeira.....	10
2.4. Decreto – Lei n.º 54/2018 de 6 de julho.....	13
3. Práticas recomendadas em Intervenção Precoce na Infância.....	14
3.1. A importância da avaliação de práticas.....	14

3.2. Princípios fundamentais para a prática da Intervenção Precoce.....	15
3.3. O Modelo de Intervenção Precoce Baseada nas Rotinas (IPBR).....	18
4. Consultoria Colaborativa.....	22
II – ESTUDO EMPÍRICO.....	29
1. Problemática.....	29
2. Objetivos.....	30
3. Hipóteses de investigação.....	30
4. Metodologia	31
5. População e amostra.....	31
6. Instrumentos e procedimentos.....	42
III – APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	47
IV - CONCLUSÃO.....	74
BIBLIOGRAFIA.....	77
ANEXOS	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Intervenção Precoce Baseada nas Rotinas.....	19
Figura 2 – Fluxo do processo de Intervenção Precoce na Infância baseado nas práticas recomendadas, na legislação portuguesa e alinhado com o modelo IPBR e com os oito passos de Consultoria Colaborativa.....	24

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Caracterização da amostra em função do sexo.....	33
Gráfico 2 - Caracterização da amostra por categoria profissional.....	34
Gráfico 3 - Caracterização da amostra por formação académica.....	35
Gráfico 4 – Caracterização da amostra por frequência ou não de alguma cadeira sobre crianças com incapacidades ou em IPI, na formação de base.....	35
Gráfico 5 – Caracterização da amostra por após iniciar a vida profissional, realizar formação específica com crianças com incapacidades ou em IPI.....	36
Gráfico 6 - Caracterização da amostra por trabalho em intervenção precoce a tempo inteiro.....	37
Gráfico 7 – Caracterização da amostra por se trabalham em mais do que um CREE....	38
Gráfico 8 - Caracterização da amostra por anos de serviço e anos de serviço em Intervenção Precoce.....	39
Gráfico 9 - Caracterização da amostra por frequência das reuniões de equipa.....	40
Gráfico 10 – Caracterização da amostra por frequência com que a equipa beneficia de supervisão.....	41

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização da amostra por concelho em que exerce funções.....	32
Quadro 2 – Caracterização da amostra por escalão etário.....	33
Quadro 3 – Caracterização da amostra por quantas horas por semana trabalha em Intervenção Precoce.....	37
Quadro 4 – Caracterização da amostra por quantas crianças/famílias apoiaram nos últimos 12 meses.....	38
Quadro 5 – Caracterização da amostra por duração das reuniões de equipa.....	40
Quadro 6 – Percentagem de profissionais que vão ou não ao contexto por categoria profissional.....	41
Quadro 7 – Estatísticas descritivas para os itens e subescalas da Escala de Avaliação das práticas típicas e das práticas ideais.....	47
Quadro 8 – Perfil dos profissionais da RAM quanto às práticas típicas e às práticas ideais.....	54
Quadro 9 – Comparação de médias obtidas nas práticas típicas em função do tempo total de serviço e do tempo afeto à IPI.....	60
Quadro 10 – Comparação de médias obtidas nas práticas ideais em função do tempo total de serviço e do tempo afeto à IPI.....	61
Quadro 11 – Comparação de médias obtidas nas práticas típicas em função do profissional trabalhar exclusivamente em IPI ou não.....	62
Quadro 12 – Comparação de médias obtidas nas práticas ideais em função do profissional trabalhar exclusivamente em IPI ou não.....	63
Quadro 13 – Comparação de médias obtidas nas práticas típicas em função da distribuição geográfica.....	64

Quadro 14 – Comparação de médias obtidas nas práticas ideais em função da distribuição geográfica.....	64
Quadro 15 – Comparação das médias obtidas nas práticas típicas em função da formação de base dos profissionais.....	65
Quadro 16 – Comparação das médias obtidas nas práticas ideais em função da formação de base dos profissionais.....	65
Quadro 17 – Comparação de médias obtidas nas práticas típicas em função da frequência de reuniões de equipa dos profissionais.....	67
Quadro 18 – Comparação de médias obtidas nas práticas ideais em função da frequência de reuniões de equipa dos profissionais.....	67
Quadro 19 – Comparação de médias obtidas nas práticas típicas em função da periodicidade das reuniões de supervisão.....	68
Quadro 20 – Comparação de médias obtidas nas práticas ideais em função da periodicidade das reuniões de supervisão.....	69
Quadro 21 – Percentagem de profissionais que consideram a Prática típica e ideal nos valores “8” e “9”.....	71

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

CREE – Centro de Recursos Educativos Especializados

EBR – Entrevista Baseada nas Rotinas

IP – Intervenção Precoce

IPI – Intervenção Precoce na Infância

IPBR – Intervenção Precoce Baseada nas Rotinas

PCF – Práticas Centradas na Família

PSP – Prestador de Serviços Primário

RAM – Região Autónoma da Madeira

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Questionário de dados demográficos

Anexo II – Escala de Avaliação das práticas típicas e das práticas ideais

Anexo III – Autorização de utilização do instrumento pela Doutora Tânia Boavida

Anexo IV – Pedido ao Diretor Regional de Educação da Secretaria Regional de Educação da RAM

Anexo V – Autorização de realização do estudo nos CREE pela Secretaria de Educação da RAM

Introdução

As práticas centradas na família (PCF) são há muitos anos advogadas como fulcrais para uma prática de qualidade na intervenção precoce na infância (IPI). Retiraram a centralidade da criança para posicioná-la na família, onde a criança pertence e que tem nesta uma grande influência a todos os níveis. Daí a importância de capacitar e fortalecer a segurança e as aptidões dos pais na conceção de situações de aprendizagem frequentes para as crianças (Dunst et al., 2012).

Uma das áreas de grande análise da Intervenção Precoce na Infância (IPI), e não só, presentemente, é a consultoria colaborativa. Esta vertente da IPI tem subjacente um trabalho de parceria entre os diferentes membros da equipa numa perspetiva transdisciplinar, no qual a família tem um papel preponderante em todos os passos.

Neste enquadramento, a Intervenção Precoce tem vindo a ser valorizada, tanto pelos investigadores, como pelos governos de diferentes países, aspeto que tem conduzido a uma evolução no que são consideradas como práticas eficazes nesta área.

Atualmente é amplamente divulgada a importância de uma intervenção que inclua técnicos de diferentes áreas / serviços e responda aos princípios subjacentes ao paradigma de intervenção centrada na família, visando uma intervenção eficaz.

Na Região Autónoma da Madeira, onde exerço funções, as equipas de intervenção precoce não funcionam propriamente como estipulado no decreto-lei 281/2009, tendo no entanto disponíveis técnicos das diferentes áreas nas equipas dos distintos concelhos.

Em termos organizacionais, este trabalho está estruturado em quatro partes. O capítulo I refere-se ao enquadramento teórico, o capítulo II diz respeito ao estudo metodológico, o capítulo III corresponde à apresentação, análise e discussão dos resultados e o último capítulo diz respeito à conclusão.

O primeiro capítulo, além da introdução, mostra todo o enquadramento teórico do trabalho, com revisão da literatura, onde se mostram os conceitos considerados mais significativos para esta investigação. São abordadas quatro temáticas. A primeira, alusiva à Intervenção Precoce na Infância, designadamente, à sua definição e aos modelos e práticas de desenvolvimento, designadamente os modelos Transacional de

Sameroff (1975) e Bioecológico de Bronfenbrenner (1979), e que servem de referência à Intervenção Precoce. Seguidamente, procuramos enquadrar a evolução da intervenção precoce em Portugal e mais especificamente na Região Autónoma da Madeira (RAM), nomeadamente em termos de legislação. No terceiro ponto abordamos a importância da avaliação de práticas em intervenção precoce, os princípios fundamentais para a sua prática, desenvolvemos de modo mais alargado o modelo de Intervenção Precoce Baseada nas Rotinas de McWilliam (2010), por ser neste que se baseiam os instrumentos utilizados e as práticas na RAM e a consultoria colaborativa, assunto essencial neste estudo.

Relativamente ao segundo capítulo, este expõe a vertente metodológica do trabalho de investigação. Começa-se por justificar a problemática que conduziu à investigação nesta área e colocar as questões que se propõem a ser investigadas. Define-se também os objetivos deste estudo, assim como as hipóteses a serem testadas. Dá-se a conhecer ainda os participantes no estudo, apresentando os seus dados biográficos e profissionais. Explicita-se o tipo de investigação e também o material utilizado para a recolha de dados e, ainda todos os procedimentos efetuados para a realização da mesma.

O terceiro capítulo abrange a apresentação dos dados e devida discussão dos resultados, tendo como base as referências teóricas presentes ao longo do estudo. No quarto capítulo, encontramos a conclusão, seguindo-se-lhe a bibliografia e os anexos.

I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 – A intervenção precoce na infância

1.1 Definição de Intervenção Precoce

A tomada de consciência pela sociedade da importância da infância é algo recente, encontrando-se associada aos Direitos da Criança (e do Homem), apresentados pela primeira vez em 1959 e consagrados em 1989.

Desta forma, a identificação da importância dos primeiros anos de vida da criança como cruciais para o seu desenvolvimento, foi um dos principais impulsionadores da ideia de intervir precocemente na criança com problemas de desenvolvimento ou em risco.

Ao longo dos tempos, as teorias, conceitos e práticas relativas ao modo como a sociedade tem encarado a infância, ou a intervenção precoce, tem sofrido profundas alterações e evoluções. Nomeadamente, na década de 70 foi sendo considerada a relevância conferida aos efeitos do contexto físico e social na aprendizagem e desenvolvimento da criança, tendo os programas de intervenção passado a focar-se na interação, fundamentados no modelo transacional (Pimentel, 1997), mas este aspeto será desenvolvido mais adiante neste trabalho.

Os primeiros programas de intervenção precoce, primeira geração de programas de IPI, defendiam uma prática centrada na criança, de natureza biomédica e muito focada nos défices (Bairrão & Almeida, 2003).

Sucederam-lhes, resultantes da evolução do conceito e operacionalização das suas práticas, a denominada segunda geração de programas de IPI, que abandona a centralidade da e na criança para contemplar a família e comunidade na intervenção, indo ao encontro do preconizado pelas teorias de Dunst (2000) e nos modelos de desenvolvimento que referiremos de forma sucinta seguidamente (Carvalho et al., 2018).

A terceira geração de programas de IPI, grandemente enquadrada nas teorias de Dunst, (2000) mantém as práticas centradas na família e aglomera aspetos como as

oportunidades de aprendizagem da criança; o apoio às competências dos pais e o foco nos recursos da família e da comunidade (Carvalho et al., 2018)

Decorrente das inúmeras mudanças a intervenção precoce apresenta-se-nos, atualmente, segundo Dunst, et al., (2012), como:

“As experiências e as oportunidades do quotidiano que são apresentadas pelos pais e outros prestadores de cuidados aos bebés, crianças em idade de creche e crianças em idade pré-escolar no contexto de atividades de aprendizagem que ocorrem naturalmente no quotidiano e que pretendem promover a aquisição e o uso, por parte das crianças, de competências comportamentais que moldem e influenciem as interações pró-sociais com pessoas e materiais.” (p. 75)

Nesta definição estão presentes exemplos da “nova” conceção da intervenção precoce, nomeadamente, a preponderância do papel da família e dos cuidadores em contraposição com o papel do profissional como interveniente direto, como especialista, sendo essa intervenção efetuada nos contextos naturais de aprendizagem, em atividades do quotidiano.

Os contextos naturais entendem-se, então, como os locais em que as crianças adquirem e utilizam competências próprias do contexto onde estas são desenvolvidas possibilitando-lhes uma participação mais ativa em ações culturalmente pertinentes (Dunst, et al., 2012).

Dunst e Espe-Sherwindt (2016, *cit in* Marinil, Lourenço & Barba 2018), referem que:

A IP tem sido definida como uma prestação de apoios (e recursos) às famílias com crianças pequenas por parte das redes de apoio formal e informal, de forma a capacitar, influenciar e melhorar de forma direta e indireta o comportamento e funcionamento dos pais, da família e da criança (p.29).

Encontramos, assim, nesta definição, a referência ao apoio às competências dos pais visando a sua capacitação, aos recursos da família e a coordenação de diferentes serviços.

Relativamente às focadas redes de apoio podemos defini-las como sendo a *dimensão social do apoio* formada pela família, companheiros e vizinhos, profissionais de

diferentes instituições e membros da comunidade, por exemplo (Serrano, 2007; Dunst et al., 2003 *cit in* Costa, 2017 p. 13).

Estas redes de apoio fornecem portanto apoio social à família que pode ser considerado formal ou informal. Designam-se apoios formais os que são dispensados por profissionais de saúde, programas de intervenção precoce, ou seja, por pessoas ou instituições formalmente estruturadas visando dar resposta às necessidades específicas das famílias (Jung, 2012). Os apoios informais são os facultados pelas pessoas que fazem parte do quotidiano da família por questões de amizade, convivência na comunidade sem que as razões estejam especificamente relacionadas com a problemática da criança, como sejam, os vizinhos, os amigos e membros da comunidade (Dunst, Trivette & Deal, 1988 *cit. in* Jung, 2012).

De salientar ainda que os apoios podem assumir três categorias: *emocionais*, *materiais* ou *informativos* (McWilliam & Scott, 2001; Jung 2012).

O *apoio emocional*, sendo importante para qualquer família, é normalmente essencial para as que incluem crianças com necessidades especiais que muitas vezes experienciam sofrimento psicológico. Este tipo de apoio usualmente proporcionado pela rede informal, também é concedido pelos profissionais de IP, na forma de escuta ativa, resposta às preocupações das famílias e condução para uma postura positiva e para os pontos fortes de cada família (Jung, 2012).

Jung (2012), descreve-nos diferentes apoios que se passa a resumir:

O *apoio material* envolve meios financeiros e materiais passíveis de suprir necessidades primárias como alimentação e habitação entre outras, que depois de satisfeitas concedem espaço à procura, pelas famílias, de obtenção de objetivos de desenvolvimento da criança e à intervenção com a mesma.

O *apoio informativo* alude à necessidade das famílias de dominar e entender, usualmente, aspetos relativos à problemática da criança, estratégias a empregar, ao seu desenvolvimento global e serviços acessíveis que tanto podem ser facultados pelos profissionais de IP ou por amigos e familiares.

Retomando a evolutiva alteração de paradigma, foram marcantes as influências de alguns modelos de desenvolvimento que estiveram na base da mesma e de que falaremos de seguida.

1.2 Modelos e Práticas de desenvolvimento que servem de referência à Intervenção Precoce

Segundo distintos autores / estudos, as práticas vigentes de intervenção precoce alicerçam-se nos modelos (Bio)ecológico de Bronfenbrenner e Transacional de Sameroff e Chandler (1975) (Pimentel, Correia & Marcelino, 2011; Graça 2013).

A perspetiva ecológica, no seu início, e mais tarde bioecológica, desenvolvida essencialmente por Bronfenbrenner teve desde sempre associada os termos e a dualidade entre hereditariedade e meio ambiente e sua importância no desenvolvimento humano.

Bronfenbrenner (2011) e Gronita (2014), defende, no seu último livro, que as pessoas concebem o ambiente que modela o desenvolvimento, dado que as suas ações afetam as diferentes circunstâncias físicas e culturais que moldam a sua ecologia, sendo, assim, os próprios criadores do seu desenvolvimento.

Neste enquadramento, esta perspetiva preconiza que o desenvolvimento é o resultado de um conjunto de inter-relações, quer entre a criança e os seus cuidadores, como entre os diversos contextos em que a criança e família se movem, estando estes contextos enquadrados num sistema hierárquico que se relaciona entre si. (Carvalho et al., 2018)

Este sistema hierárquico é formado por quatro níveis: microssistema; mesossistema; exossistema e macrossistema que compõem os contextos mais próximos e os mais alargados onde o indivíduo se move. Gronita (2014), refere a existência de uma última qualidade do sistema e que é a medida tempo (microtempo, mesotempo...), que no fundo são as transformações que se verificam no indivíduo e/ou no ambiente ao longo do tempo e que se não sofrerem alterações e perdurarem no tempo influenciam o rumo do desenvolvimento.

Gronita (2014), considera que as implicações para as práticas profissionais na IPI, do modelo bioecológico situam-se essencialmente na análise:

das características individuais das pessoas em desenvolvimento; do modo particular de interação entre a pessoa e o contexto; do modo como a pessoa modela o seu contexto (*processo proximal*), produzindo o seu desenvolvimento; dos processos como bidireccionais e das mudanças no indivíduo ou no ambiente, introduzindo a dimensão temporal, ou seja, examinando a regularidade e durabilidade das mesmas e consequente direcção do desenvolvimento (p. 132)

De acordo com o mesmo autor, este modelo permitiu ainda estabelecer a parte cultural e das crenças, valores, ideias e atitudes parentais/do grupo de pertença (etnoteorias) no entendimento das interações, assim como, ponderar o espaço temporal no desenvolvimento do indivíduo.

O Modelo Transaccional de Sameroff e Chandler (1975), observa o desenvolvimento como o efeito de interações constantes e ativas entre a criança e o meio, sendo que um não pode ser analisado sem o outro e ambos têm uma importância similar no desenvolvimento da criança. Ou seja, os atributos da criança podem ser decisivos nas suas experiências atuais, mas os produtos do desenvolvimento não podem ser enumerados sem investigar as consequências do meio na criança (Sameroff & Fiese, 1990, 2000 *cit. in* Maia, 2012; Sameroff & Mackenzie, 2003 & Carvalho et al., 2018).

Neste sentido, Gronita (2014), realça os contributos deste modelo para a IPI, nomeadamente, o conhecimento da importância das interações entre a criança e o meio (família / contexto social) que mostra que é possível e premente identificar objetivos e estratégias de intervenção possibilitando alterar / atenuar potenciais situações de risco e promover situações favoráveis ao desenvolvimento, sendo que esta intervenção alargar-se-á aos outros níveis do sistema e deste modo a família e as variáveis contextuais serão valorizadas, não só na intervenção como na avaliação.

Maia (2012), e Gronita (2014), salientam três elementos relevantes referentes à intervenção, defendidos neste modelo, sendo os mesmos a remediação, que se caracteriza pela mudança de comportamento da criança em relação aos pais; a redefinição que modifica a forma como os pais percebem a criança e o seu comportamento e a reeducação que ajusta as atitudes dos pais relativamente à criança visando uma adequada regulação do desenvolvimento da última.

Carvalho et al., (2018), referem que, num período mais próximo, Sameroff (2010), recomenda o modelo unificado de desenvolvimento que nos remete para o sistema

biopsicossocial do indivíduo, sendo este último o resultado da interação dos factores biológicos (que englobam a biologia; neuropsicologia; neuroendocrinologia; proteómica e epigenómica) com os sistemas psicológicos (psicologia; inteligência; competência social; saúde mental e comunicação) e com os contextos da ecologia (que enquadram a família, os ambientes educativos, a comunidade e as matérias geopolíticas). Todos estes fatores que interagem, em conjunto, compõem o sistema biopsicossocial do sujeito, que numa perspetiva da prática de intervenção importa conhecer e compreender, visto que funciona como um sistema de autorregulação pessoal que interage com os outros sistemas reguladores. Neste enquadramento:

As mudanças desenvolvimentais na relação entre criança e contexto constroem-se com base num processo dinâmico e sucessivo entre mecanismos de regulação impostos pelos outros e da autorregulação que a criança vai conquistando (Sameroff 2010, *cit. in* Carvalho et al., 2018)

Resumindo, é essencial evidenciar o contributo destes modelos, designadamente: a relevância do contexto e da dinâmica entre os diferentes sistemas para o desenvolvimento da criança; a pertinência das inter-relações bidirecionais e mútuas entre a criança e o ambiente e a consciência da função da criança como primeira interveniente no seu desenvolvimento. Estes contributos foram fulcrais para a alteração de práticas na I.P. que recomendam a auscultação e intervenção nos contextos de vida da criança, relevando ainda a premência de estar atento a prováveis mudanças no desenvolvimento da criança decorrentes de alterações nos contextos chegados como nos mais afastados (Lopes, 2013).

Outra implicação destes contributos é salientada por Jung (2012), reforçando que as crianças desenvolvem-se sofrendo influências ambientais que têm efeitos diretos e indiretos sobre elas. Os cuidadores naturais são dos elementos que mais poder têm para exercer um efeito direto na criança, pois passam mais tempo com a mesma, sendo que os profissionais da I.P. que passam menos tempo com a criança mais facilmente têm um efeito indireto. Daí, e segundo a autora foi esta uma das razões para a evolução no campo da intervenção precoce, o investimento dever ser efetuado nos cuidadores naturais e não diretamente à criança, portanto centrado na família.

2- A Intervenção Precoce em Portugal e a legislação

2.1 – Evolução e enquadramento legal

Em Portugal, em conformidade com a literatura existente, durante muitos anos a Intervenção Precoce foi pouco considerada pelo Estado, sendo possível encontrar diferentes práticas de intervenção.

Foi com a publicação da Portaria nº 52/97 de 21 de janeiro, que se encetaram realmente no terreno atividades propostas para a Intervenção Precoce. Em 1999, com a publicação do Despacho conjunto nº891/99, a 19 de outubro, pelo Ministério da Educação, da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade, foram homologadas diretrizes para o apoio integrado a crianças em risco e/ou com NEE e suas famílias, no âmbito da Intervenção Precoce. No entanto, este Despacho sofreu críticas, designadamente em aspetos como a sua implementação, pois não se apresentava adequado à realidade portuguesa, nem foram considerados os critérios de elegibilidade.

A 6 de outubro de 2009 é publicado no Diário da República, o Decreto-lei nº 281/2009, que cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), com o propósito de “dar uma maior cobertura e resposta às necessidades territoriais que não se mostravam uniformes nem simétricas do ponto de vista geo demográfico com o Despacho Conjunto nº 891/99” (Almeida, 2013, p.22).

2.2. Decreto - Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro

O Decreto - Lei nº281/2009 vem portanto criar medidas para ampliar os seus serviços e objetivos.

O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) consiste num conjunto organizado de entidades, procurando direccionar respostas às necessidades das famílias, através da interação coordenada de serviços, como o Ministério do Trabalho, da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, sendo importante o envolvimento das famílias e comunidade. Este considera a Intervenção Precoce na Infância como “o conjunto de medidas de apoio integrado, centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da acção social” (Dec. Lei n.º 281/2009, p. 7298). Neste sentido, é possível também a cooperação de

Instituições particulares ou cooperativas, de solidariedade social e outras instituições sem fins lucrativos, vocacionadas para esta área, em colaboração direta com as famílias.

Deste modo, para operacionalizar a intervenção do SNIPI são criadas as Equipas Locais de Intervenção (ELI), orientadas pela Comissão de Coordenação, do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), tendo como público-alvo, crianças entre os 0 e os 6 anos, bem como as suas famílias. Após referenciação, e reunião com a família, é desenvolvido o Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), consistindo este, na avaliação da criança no seu contexto familiar, definindo-se estratégias, tendo em conta as necessidades e as dificuldades bem como as capacidades e os interesses da criança e da família. O Sistema Nacional de Intervenção na Infância (SNIPI) determina os seguintes objetivos, no decreto-lei nº 281/2009, de 6 de Outubro:

- “Assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de ações de Intervenção Precoce na Infância IPI em todo o território nacional;
- Detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento;
- Intervir, após a deteção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento;
- Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação;
- Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social.”

2.3. Enquadramento legislativo na Região Autónoma da Madeira

Na Região Autónoma da Madeira, o trabalho desenvolvido na área de Intervenção Precoce, está integrado nos Centros de Recursos Educativos Especializados (CREE), da Direção Regional de Educação com recurso a metodologias e instrumentos, usualmente, comuns de avaliação e intervenção. A equipa do CREE de cada concelho é constituída por docentes especializados (educadores e professores do 1º ciclo) e técnicos de diferentes áreas que integram o quadro da Secretaria Regional de Educação (terapeutas da fala; terapeutas ocupacionais; psicomotricistas; fisioterapeutas; psicólogos e assistentes sociais), daí que, habitualmente, o trabalho desenvolvido não integre diferentes Secretarias como no Continente Português.

Nesta Região teve lugar a adaptação do Decreto – Lei n.º 3/2008, consagrado no Decreto Legislativo Regional 33/2009/M, que define, no seu artigo 6º, Intervenção Precoce na Infância como:

o conjunto de medidas de intervenção transdisciplinar realizadas em diferentes contextos e que se desenvolvem com base numa relação de parceria com a família e comunidade, com o objectivo de promover o desenvolvimento e melhorar a qualidade de vida das famílias e das crianças entre os 0 e os 6 anos, com deficiências ou incapacidades, atraso de desenvolvimento ou em risco grave de atraso de desenvolvimento.

Encontramos nesta definição aspetos alusivos às práticas recomendadas, como a transdisciplinaridade, a relação de parceria com a família e comunidade, portanto centrada na família e comunidade. Temos assim o enquadramento legal necessário ao uso das práticas recomendadas, como podemos confirmar seguidamente.

O Decreto Legislativo Regional referido determina ainda, no seu artigo 39º que no âmbito da intervenção precoce na infância compete à Direção Regional de Educação Especial e Reabilitação (entretanto extinta e com os seus serviços a serem agrupados à Direção Regional de Educação):

- “a) Assegurar às crianças a protecção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de acções de intervenção precoce na infância no território da Região Autónoma da Madeira;
- b) Organizar uma rede de apoio a este nível, protagonizada por equipas transdisciplinares que, em articulação com os serviços de saúde e da segurança social, procedam ao despiste e encaminhamento de casos sinalizados para as estruturas e programas convenientes;
- c) Constituir equipas transdisciplinares de intervenção precoce na infância para o apoio domiciliário às famílias e intervenção directa com as crianças;
- d) Assegurar a prestação de serviços de intervenção precoce na infância às crianças que se encontrem inseridas nos estabelecimentos de educação;
- e) Envolver as comunidades locais, através de propostas de criação de mecanismos articulados de suporte social;
- f) Elaborar o Plano Individual de Apoio à Família (PIAF);
- g) Assegurar a transição das medidas previstas no PIAF para o PEI, sempre que a criança frequente a educação pré-escolar.”

Especificamente no que concerne ao PIAF, agora Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), o mesmo Decreto Legislativo Regional determina que este documento

- “1 – (...) estabelece fundamentadamente as respostas educativas às famílias e criança, assim como formas de avaliação, no âmbito da intervenção precoce na infância, em contexto de orientação domiciliária, creche e jardim -de -infância.
- 2 – (...) documenta objectivos para cada família e criança, descreve os recursos e serviços, bem como a sua articulação no sentido de atingir esses mesmos objectivos.
- 3 – (...) integra o processo individual da criança, no caso da mesma frequentar um estabelecimento de educação na valência de creche
- 4 – (...) é elaborado, conjunta e obrigatoriamente, pela equipa transdisciplinar e pela família sob a coordenação do responsável de caso a designar, sendo homologado...”

Relativamente à concretização ou operacionalização do trabalho efetuado nesta área, as práticas baseiam-se no modelo de McWilliam (2010), existindo mesmo no início do ano letivo uma formação alusiva ao tema. No ano em que decorreu o presente estudo (2017/2018) a formação intitulada *Práticas de Intervenção Precoce Baseadas nas Rotinas e Centradas na Família* focou assuntos como o uso apropriado dos diferentes instrumentos (EBR, Ecomapa, entre outros), modelos de funcionamento de equipa identificando o mais adequado a uma intervenção centrada na família e o papel do mediador de caso.

Existe na Direção Regional de Educação, mais especificamente nos serviços ligados à Educação Especial, um técnico responsável por esta área, que em algumas ocasiões se desloca aos CREE ou para reuniões ou para “inspeção” dos processos dos alunos, que além da escola, estão disponíveis nos CREE, essencialmente com os documentos específicos e mais relacionados com a Educação Especial, como sejam ficha de anamnese e outros já acima referidos. Este técnico requer, aos coordenadores dos diferentes CREE, a existência de um determinado número de reuniões ao longo do ano, sendo que os segundos, por vezes, delegam noutros elementos da equipa esta tarefa, que querem também de supervisão.

Ainda no que concerne à área legislativa, na altura em que este estudo estava em elaboração, foi publicado a 6 de julho de 2018 o Decreto-Lei n.º 54/2018 que estabelece o regime jurídico da educação inclusiva, revogando o Decreto-Lei 3/2008 de 7 de janeiro.

Na RAM, através do seu regime autonómico, foi adaptado o Decreto-Lei n.º 3/2008 e publicado o Decreto Legislativo Regional n.º 33/2009, como antes mencionado, algo

que, de acordo com informações dadas pela Direção Regional de Educação, deverá acontecer com o Decreto-Lei n.º 54/2018. Entretanto mantém-se em vigor o Decreto Legislativo Regional n.º 33/2009, juntamente com o Decreto-Lei n.º 54/2018, sendo que este último aplica-se essencialmente nos primeiros anos de ciclo em que a flexibilidade curricular vigora, o que em termos práticos tem trazido alguma confusão aos profissionais em exercício na educação especial.

2.4. Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de julho

O acima citado Decreto-Lei assume como prioridade as respostas para a existência de uma escola inclusiva, em que cada aluno consiga um grau de instrução e formação facilitador de uma absoluta inclusão social, com reais condições de igualdade.

Segundo a UNESCO (2009) a educação inclusiva é o processo que visa responder à diversidade de necessidades dos alunos, através do aumento da participação de todos na aprendizagem e na vida da comunidade escolar. Portugal com esta legislação procura também responder ao compromisso que assumiu a diversos níveis, no que concerne à educação inclusiva, num processo que se encetou em 1994 com a adoção da Declaração de Salamanca e Enquadramento da Ação na Área das Necessidades educativas Especiais. Neste documento é confirmado, entre 92 países e 25 instituições, o acordo e o consenso pelo desenvolvimento da Educação para Todos, em escolas que incluem todas as crianças, aceitam as suas diferenças e suportam a aprendizagem baseando-se na igualdade de oportunidades.

No que concerne especificamente à IPI, Boavida et al (2018) mencionam e salientam o termo de inclusão na primeira infância, concebido em conjunto pela Division of Early childhood (DEC) e a National Association for the Education of Young Children (NAEYC), dos EUA (2009), definindo-a como:

os valores, as políticas e as práticas que sustentam o direito de cada criança e da sua família, independentemente das suas competências, a participar numa ampla gama de atividades e contextos, como membros de pleno direito da família, da comunidade e da sociedade. Os resultados esperados das experiências inclusivas para crianças com e sem incapacidades e suas famílias incluem um sentimento de pertença e de filiação, relações sociais positivas e amizades bem como o desenvolvimento e aprendizagem para atingir o seu pleno potencial. (pp. 9)

Reportando-nos ao decreto-lei, este cria e identifica (entre outros, focando-nos nós no que está mais relacionado com o assunto estudado), as escolas de referência para a intervenção precoce na infância como recursos organizacionais específicos de apoio à aprendizagem e à inclusão. Desta forma, devem garantir a articulação do trabalho com as ELI a funcionar no âmbito do SNIPI. É salientado ainda que estas dispõem, ou pelo menos devem dispor, de recursos humanos que permitem, em parceria com os serviços de saúde e de segurança social, estabelecer mecanismos que garantem a universalidade na cobertura da intervenção precoce, a construção de planos individuais tão precocemente quanto possível, bem como a melhoria dos processos de transição.

Nesta legislação, IPI surge como o conjunto de medidas de apoio integrado, centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social (p. 2920).

Por ser recente, parece-nos não ser possível referir alterações significativas nas práticas decorrentes da sua aplicação.

3- Práticas recomendadas em Intervenção Precoce na Infância

3.1. A importância da avaliação de práticas

Diversos autores e estudos referem a importância da avaliação das práticas e benefícios das mesmas para a qualidade da IPI, designadamente, Guralnick (2005 *cit. in* Lopes, 2013), que no seu Modelo de Desenvolvimento Sistémico realça a relevância de monitorizar e avaliar os resultados do programa de IP.

Podemos reconhecer as três principais razões implícitas na avaliação dos programas de IP que se prendem com o direito das famílias conhecerem os programas mais recomendados para os seus filhos; em termos políticos, controlar a relação custo-benefício possibilitando a planificação e a rentabilização das respostas e a necessidade dos profissionais aferirem a adequabilidade e eficácia dos serviços que prestam (Teghetof, 2007; Almeida, 2009), sendo que neste momento o quadro de referência deve ser a intervenção centrada na família.

A avaliação dos programas e os critérios tidos em conta na mesma sofreram então uma evolução acompanhando o progresso dos modelos de prestação de serviços e da

intervenção, sendo num primeiro momento alargado a aspetos relativos à criança e à família. Ressalte-se que a mudança da centralidade da avaliação da família para os serviços deu-se na década de 90, procurando verificar a efetiva existência de uma prática centrada na família, com a respetiva avaliação do ajuste, eficácia das práticas e a capacidade de resposta (Teghetof, 2007).

Neste enquadramento, o objetivo de avaliar é fundamental, segundo Pimentel (2013), para possibilitar uma melhor e mais apropriada intervenção. Para Carvalho et al., (2018), a avaliação procura considerar e difundir o que é bem efetuado e aperfeiçoar o que não corre bem.

Considerando todas estas opiniões, parece-nos igualmente importante indicar a distinção estabelecida por Pimentel (2005), com referência a Bailey (2001) e Johnson (1993), entre avaliação de programas e investigação. Deste modo, a avaliação usualmente emprega a metodologia da investigação, situando-se as suas diferenças essencialmente, nos seus objetivos. Assim, a investigação visa produzir resultados e princípios que possam ser universalizados e a avaliação direciona-se para a tomada de decisão, com resultados relativos a um programa particular e a um tempo determinado.

3.2. Princípios fundamentais para a prática da Intervenção Precoce

As recomendações baseadas na evidência enunciam as práticas centradas na família como as mais eficazes e com mais resultados na intervenção precoce na infância.

Nesse sentido Allen e Petr (96, *cit. in* Maia, 2012), depois de uma análise aprofundada, definiram “centrado na família” como a prestação de serviços realizada por diferentes disciplinas em variados contextos, constata a principalidade da família na vida de cada ser, direcionada por escolhas esclarecidas das famílias, centrando-se nas forças e competências da mesma (Maia, 2012).

Epley, Summers e Turnbull (2010), procuraram verificar, passada uma década e com uma revisão de literatura similar, mudanças na concetualização do termo, não tendo observado diferenças expressivas (Maia, 2012).

Nesta ótica, os elementos considerados basilares nos dois estudos foram: *a família como unidade de atenção; as escolhas da família; as competências da família; o*

relacionamento família – profissionais e os serviços individualizados para as famílias. De salientar que no estudo de Epley et al., (2010, *cit. in* Maia, 2012), o último item foi considerado como não estando completamente aceite. No entanto, as autoras advertem que sem os serviços próprios focalizados na família, as práticas centradas na família não ficam completas. (Maia, 2012).

Teghetof (2007), aludindo a Dunst, et al., (1991) refere a importância de atentar diferentes modelos que apesar de serem direcionados para a família, não são orientados pela família nem promovem as suas capacidades, não sendo assim, centrados na família.

Os mesmos autores consideram que são diversos os aspetos que constituem os modelos centrados na família e os diferenciam dos restantes. Passamos a enumerá-los: os profissionais funcionam como ferramentas de apoio às famílias e a intervenção visa a promoção das suas aptidões e da tomada de decisões; o que demarca a intervenção são as necessidades e desejos da família, cabendo aos profissionais:

“... facilitar, de forma individualizada, flexível e responsiva, o acesso aos recursos e serviços de que necessita e ajudá-la a construir uma rede de apoios informais e formais, que vá ao encontro dessas necessidades (Teghetof, 2007 p. 146)

o profissional, neste modelo, assume o papel de par da família e tem como objetivo fortalecer o seu funcionamento, ampliar as suas capacidades e prestar informação para que as tomadas de decisão da família sejam informadas e fundamentadas; aceita e respeita a cultura e valores da família. As necessidades da família e os seus desejos e preocupações são relevadas no processo de avaliação e determinam o papel dos coordenadores de caso, assim como o seu estilo de vida.

Neste enquadramento, salientam-se alguns aspetos focados, nomeadamente, a perspetiva de fortalecimento da família, fulcral nas PCF. Esta decorre, por exemplo, do trabalho de autores como Dunst e Trivette (1994), que na definição de programas de apoio à família, consideram que com a capacitação e a corresponsabilização, na busca de estratégias para resolução das necessidades e problemas das famílias procedem ao fortalecimento familiar, promovendo e desenvolvendo competências individuais e familiares (Dunst & Trivette, 1994; Dunst, Trivette & Thompson, 1994 *cit. in* Pimentel, 2005). Note-se que capacitação segundo Pimentel (2005), refere-se ao incremento ou

criação de capacidades e a corresponsabilização ao fortalecimento do poder e sentido de autodomínio da família.

O fortalecimento (*empowerment*) tem três pressupostos principais que condizem com três atitudes por parte do prestador de ajuda ou o profissional de IP: uma atitude pró – ativa, assumindo que todos os indivíduos têm competências ou podem vir a adquiri-las; uma atuação visando a capacitação e promoção de capacidades, pois muitas vezes os indivíduos não manifestam essas competências porque o contexto social em que se incluem impossibilitou a sua atualização e a consciência de que o desenvolvimento das novas aptidões é simplificado, e por último que o desenvolvimento de novas aptidões é beneficiada quando realizada no ambiente natural do solicitador de ajuda, em que este controla o mesmo e as situações, podendo, assim, mais facilmente ser corresponsabilizado pelas modificações de comportamento produzidas, aumentando a sua autoestima e a sensação de autocontrolo (Pimentel, 2005).

Numa perspetiva de aprendizagem nos contextos naturais e quotidiano (designadamente, família e comunidade), as atitudes do prestador de cuidados são, igualmente, essenciais pois a sua segurança e aptidão na promoção de oportunidades de aprendizagem frequentes serão determinantes para estimular o desenvolvimento das crianças. Estas oportunidades devem também partir dos interesses da criança de forma contextualizada e ser mediadas pelos cuidadores (Dunst, et al., 2012).

Toda esta perspetiva de desenvolvimento de trabalho requer então uma nova postura, atitude e papel dos profissionais de IPI, até porque as intervenções efetuadas em serviço direto com a criança uma ou duas vezes por semana, muitas vezes de modo descontextualizado sem que se verifique uma aprendizagem mediada pelos pais traz benefícios muito reduzidos, se estes de facto existirem (Dunst, et al., 2012; McWilliam, 2012a) & McWilliam,b)). Desta forma, considera-se a perspetiva transdisciplinar de relacionamento em equipa como a mais eficaz e adequada, sendo que somente um profissional apoia semanalmente a família recebendo o apoio dos outros elementos da equipa, profissionais de diferentes áreas (Boavida & McWilliam, (2014); Arroz, (2015). Salienta-se o papel ativo que se espera existir e deve ser promovido, de modo a que a família esteja incluída em todas as fases do processo da intervenção precoce.

O modelo que apresentamos seguidamente é uma das formas de prestar serviços em

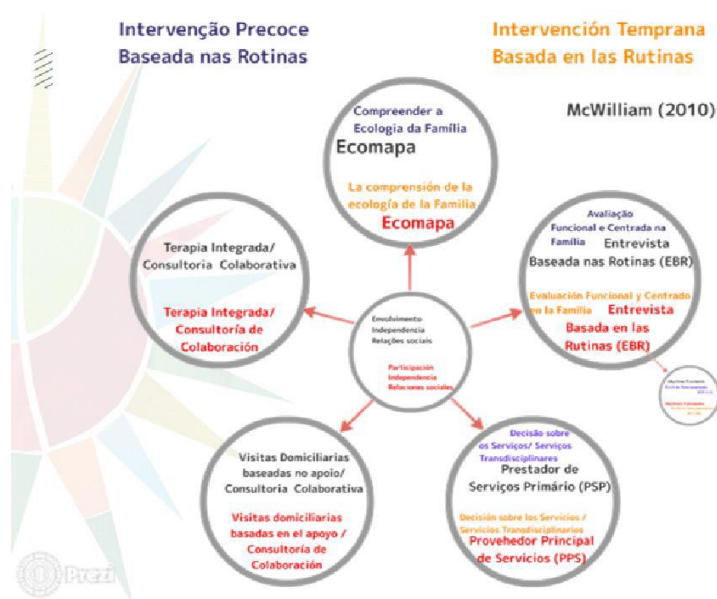
intervenção precoce. Pareceu-nos pertinente descrevê-lo por um lado porque tem sido baseado no mesmo que o trabalho em IP tem sido desenvolvido na RAM, nomeadamente na época em que o estudo foi feito e por outro lado, porque o instrumento utilizado no estudo vai novamente ao encontro das premissas do modelo, tendo tido mesmo a colaboração de McWilliam (2015), na sua elaboração.

3.3. O Modelo de Intervenção Precoce Baseada nas Rotinas (IPBR)

O modelo de IPBR (2010), segundo Boavida e McWilliam (2014), baseia-se em quatro princípios relativamente ao modo como se realiza o desenvolvimento e a aprendizagem da criança: os cuidadores influenciam o desenvolvimento da criança, sendo que os primeiros são influenciados pelos profissionais; as crianças aprendem no decorrer do dia; a intervenção com a criança acontece entre as visitas dos profissionais e, por último, a criança precisa do máximo de intervenção e não de elevados serviços. Mas pensamos poder acrescentar ainda a importância de ter presente que são as famílias e não os profissionais que decidem o que é melhor para as crianças.

Neste enquadramento, e como podemos observar na figura 1, que se segue, são vários os componentes do modelo, que passamos a explicar.

Figura 1. Modelo de Intervenção Precoce Baseada nas Rotinas.



Fonte: Retirado de apresentação de Boavida, (2015, p. 1)

McWilliam (2010), no seu Modelo de Intervenção Precoce Baseada nas Rotinas (IPBR) defende que prioritariamente, no trabalho com crianças com necessidades especiais, deve ser realizada uma avaliação funcional centrada na família visando aferir as necessidades tanto da criança, para a aquisição de competências e concretização adequada de certas funções, como da família com o objetivo de ser esta a auxiliar o desenvolvimento e a aprendizagem da criança. A avaliação, para o autor, deve ter como base a Entrevista Baseada nas Rotinas (EBR), que funciona, assim, *como um método de avaliar as necessidades de desenvolvimento e comportamento da criança e as necessidades de apoio da família*. (McWilliam, 2012a), p. 41)

A EBR é uma entrevista semiestruturada, orientada por um profissional a um ou aos dois pais, respeitante ao funcionamento da criança e família nas rotinas diárias em casa, na escola, na comunidade visando eleger uma lista de objetivos funcionais ou resultados ambicionáveis para a intervenção, e criar uma relação positiva com a família. Esta entrevista possibilita à família questionar-se sobre o seu funcionamento, as suas rotinas e os papéis que cada um assume nas mesmas e refletir sobre as alterações que gostaria de ver inseridas nas mesmas. Ao profissional (atentando as rotinas escolares) proporciona e solicita-se a consideração sobre as rotinas e sobre o envolvimento, a autonomia / independência e as relações sociais das crianças nas ditas rotinas, os três

domínios funcionais cruciais tidos em conta em todo este processo. (McWilliam, 2012a)

Estes três domínios, numa perspetiva centrada na família em contexto natural, estarão sempre presentes, mesmo aquando da elaboração dos planos usados na intervenção (PIIP ou PEI) já que se apresentam como os mais funcionais, ao invés dos usualmente utilizados e que aparecem na maioria das grelhas de avaliação de desenvolvimento (cognição, motor...). Desta forma, os planos terão de versar *(1) a participação da criança nas rotinas domésticas, escolares (se aplicável) e comunitárias; (2) a autonomia da criança perante estas rotinas; e (3) as relações sociais da criança no âmbito destas rotinas.* (McWilliam, 2012a), p.40)

Neste enquadramento, a participação das crianças nas rotinas alude ao envolvimento que é definido como a *quantidade de tempo que as crianças passam em interação com o meio de forma desenvolvimental e contextualmente adequada, em diferentes níveis de competência* (McWilliam, Scarborough, & Kim, 2003 cit. in McWilliam, 2012a), p. 43).

Por seu turno, independência indica o cumprimento autónomo de rotinas diárias, pelas crianças, sendo que é necessário proporcionar um ambiente suficientemente interessante que instigue as suas iniciativas, a resolução de problemas e exploração do ambiente (Almeida et al., 2011)

As relações sociais são formadas por dois grupos de comportamentos: a comunicação, ou seja, a competência de expressar necessidades, vontades e juízos e de ser entendido pelos outros e a capacidade de se dar bem com os outros, de se relacionar de uma forma pró-social, precavendo a agressão e a oposição, possivelmente criando amizades. (Almeida et al., 2011)

Mas então o que se entende por rotinas, termo essencial neste modelo? As rotinas são atividades do dia a dia que têm lugar em casa, em contextos escolares como a creche e infantário ou pré-escolar e na comunidade. Usualmente são atividades regulares ou recorrentes, formando a norma da vida familiar e escolar, sendo que para a criança a importância é que esta tenha uma participação significativa nas mesmas (McWilliam, 2012a).

Outro componente deste modelo, conforme podemos verificar é o Ecomapa, que permite conhecer a ecologia da família, isto é, a composição da família, as ligações que

estabelece, os apoios e recursos que tem, o que fazem e do que gostam. Sintetizando, este instrumento permite aos profissionais e à família conhecer e perceber as suas influências ambientais que como vimos são importantes para o desenvolvimento da criança (Jung, 2012). A autora salienta que existem influências ambientais com efeitos diretos e indiretos, sendo que os que têm efeito direto na criança são os cuidadores naturais, que passam mais tempo com a criança. Os profissionais de IP que despendem menos tempo com a criança têm possibilidade de exercer uma influência indireta na criança mas devem centralizar forças para apoiar os cuidadores, tendo consciência de que as crianças aprendem ao longo do dia, entre as visitas dos profissionais.

Tendo por base uma perspetiva transdisciplinar, este modelo defende a existência do Prestador de Serviços Primário, sendo que apenas este profissional apoia semanalmente a família recebendo o apoio de uma equipa composta por profissionais de diferentes áreas, que fortuitamente podem efetuar visitas domiciliárias conjuntas à família. Os objetivos escolhidos pela família deverão ser tidos em conta na seleção do PSP e da equipa. Assim, a eleição do PSP faz-se tendo em conta aspetos geográficos (verificando quais os elementos que já têm casos na região onde a família reside); a quantidade de casos atribuídos ao profissional, sendo mais benéfico preferir um com menos casos e o ramo e interesses do profissional. A formação da equipa deve ser determinada pelo apoio que o PSP requer para auxiliar a família a alcançar os objetivos seleccionados, estabelecendo, igualmente, a configuração e a quantidade de suporte que cada profissional irá consagrar ao PSP e à família (Boavida & McWilliam, 2014).

Relativamente ao elemento Terapia Integrada, encontrando-se a criança integrada num estabelecimento de ensino (creche ou jardim de infância), o PSP intervém igualmente no mesmo, visto que o tempo que a criança passa neste microssistema usualmente permite atribuir a estes prestadores de cuidados (educadores e auxiliares) uma influência direta no desenvolvimento e aprendizagem da criança. No princípio da intervenção, PSP e educador devem esclarecer expectativas relativamente ao trabalho de um e do outro, combinar regras de base e debater de que forma o educador pode integrar a intervenção nas rotinas estabelecidas. Utilizando a consultoria colaborativa, o PSP e o educador devem ainda determinar quais as dificuldades sentidas, quais as soluções e se estas estão a surtir efeito.

No que respeita ao componente Visitas Domiciliárias baseadas no apoio, estas devem

visar a melhoria da qualidade de vida familiar. Neste contexto deve ser considerada a ecologia da família e o apoio informativo, focando-se este último no que fazer com a criança enquadrado nas rotinas familiares e propondo-se atingir o que se espera obter com o uso da EBR. Deve ser também facultado apoio emocional à família, valorizando quatro princípios: escutar, questionar, sentir empatia e incentivar. Estas são práticas a ser realizadas pelo PSP e pela equipa que apoia o mesmo, nos contextos naturais de vida (McWilliam, 2012,b).

4. Consultoria Colaborativa

A consultoria colaborativa tem despontado como objeto de estudo e estratégia de intervenção, em diferentes níveis e áreas, nomeadamente, no meio escolar. Existem assim, estudos neste âmbito alusivos à inclusão, à prática de psicólogos e terapeutas, sendo reconhecida como trazendo benefícios, de um modo geral.

Araújo e Almeida (2014), referem a consultoria colaborativa como uma resposta em matéria de inclusão, definindo-a nesta perspetiva como uma parceria entre professores de educação especial, de ensino regular e outros profissionais, que quando concretizada pode acarretar significativas contribuições para os diferentes intervenientes do processo educativo (família, escola e comunidade).

Finelli, Souza e Silva (2015), apontam a consultoria colaborativa como um sistema que procura acrescentar e alargar conhecimentos e práticas, constituindo uma rede de suporte ao académico e à educação.

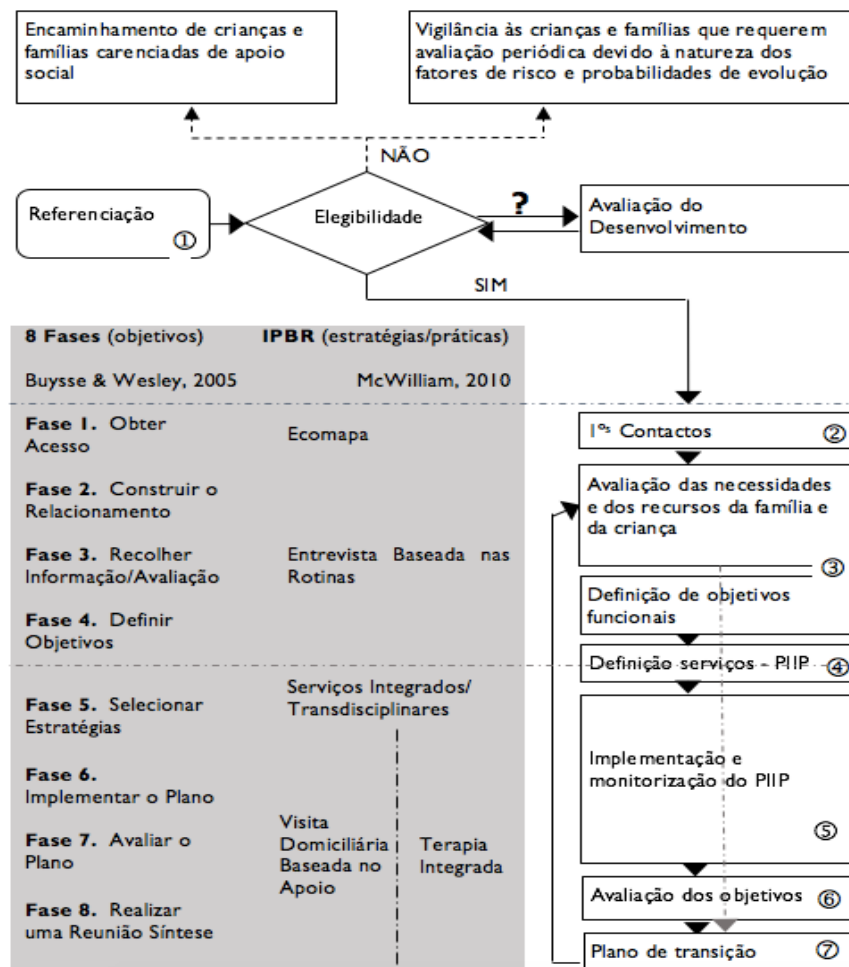
No que concerne especificamente à IPI, encontramos Boavida, Aguiar e McWilliam (2018), que aludem que a delineação e execução de intervenções eficientes exigem uma colaboração próxima entre os cuidadores da criança e os profissionais de IPI, postulando que presentemente esta pode materializar-se através da “prestação de serviços de consultoria colaborativa” pelos profissionais de IPI. Estes autores apresentam-nos uma definição de consultoria colaborativa, referente à área da educação e IP, de Buysse e Wesley (2005), como:

um modelo de prestação de serviços, indireto e triádico, em que um(a) consultor (e.g., educador(a) do ensino especial, terapeuta, [profissional de IPI]) e um(a) consultado(a) (e.g., educador(a) de infância, pai) trabalham em conjunto numa área de preocupação ou num objetivo comum. (...) Através de uma série de sessões e conversas, o(a) consultor(a) ajuda o(a) consultado(a) através de resolução de problemas sistemática, influência social e apoio profissional. Por sua vez, o(a) consultado(a) ajuda o(s) cliente(s) [a(s) criança(s)], com apoio total e assistência do consultor. O objetivo da consultoria é a abordagem de uma preocupação imediata ou objetivo, assim como a prevenção da ocorrência de problemas similares no futuro (Boavida, Aguiar & McWilliam, 2018 p. 14).

Nesta definição, a consultoria colaborativa aplica a descoberta de diferentes estratégias (resolução de problemas), o estímulo do consultado na execução das estratégias (influência social) e procura auxiliar o consultado no conhecimento de técnicas específicas, com formação ou coaching (apoio profissional) no âmbito da IPI (Boavida et al., 2018). Este sistema implica assim, uma série de fases ou um processo que os autores da definição organizaram em oito passos.

Boavida, Aguiar e McWilliam (2018), esboçaram um esquema, que reproduzimos e descrevemos de seguida, na figura 2 e que se fundamenta na legislação em vigor e nas práticas recomendadas, relacionando-as com as fases da consultoria colaborativa de Buysse e Wesley (2005), e com o modelo de Intervenção Precoce Baseada nas Rotinas de McWilliam (2010).

Figura 2. Fluxo do processo de Intervenção Precoce na Infância baseado nas práticas recomendadas, na legislação portuguesa e alinhado com o modelo IPBR (Intervenção Precoce Baseada nas Rotinas) e com os oito passos de Consultoria Colaborativa.



Fonte: Retirado de Boavida, Aguiar e Mcwilliam (2018, p 16)

Seguidamente procuramos explicar a forma de funcionamento do processo da IPI de acordo com o esquema e a visão dos seus autores (Boavida, Aguiar & Mcwilliam, 2018).

Desta forma, o processo de IPI principia com a referenciação (ponto 1, conforme fig.2), que se refere, assim, à deteção, sinalização e início do processo de IPI da competência do Ministério da Saúde, mas que também pode ser efetuada por qualquer pessoa ou organismo à ELI da sua área de residência. A ELI, por sua vez, tem como uma das suas competências reconhecer as crianças e famílias elegíveis para o SNIPI, mas havendo a possibilidade de não ser conhecida na comunidade deve dar-se a conhecer à mesma de forma variadas, facultando mesmo o documento que permite que

lhe dêem a conhecer crianças / famílias a necessitar de apoio. Igualmente o/a educador/a pode efetuar esta referenciação, se assim achar necessário, com a colaboração ou conhecimento da família em causa.

Segue-se a fase dos Primeiros Contactos (ponto 2, conforme fig.2) que permitem à ELI obter acesso (fase 1, conforme fig.2), isto é, familiarizar-se com os diferentes protagonistas, debater o propósito global e o procedimento de consultoria, abrangendo as funções de cada um, expectativas e atividades (Buysse & Wesley, 2005 *cit in*. Boavida et al, 2018). É, portanto, a altura em que a ELI elucida como se desenrola o seu trabalho, em que é que este se fundamenta e de que modo pode apoiar os principais cuidadores da criança.

Nesta fase também se implementa o Ecomapa com a família, de acordo com o modelo de McWilliam (2010), que possibilita à ELI: a familiarização com a família e compreensão das suas redes de apoio formal e informal; revelar que o seu interesse não se centra na criança mas em toda a família e criar uma ligação positiva com a mesma. De salientar que deve ser explicado o processo à família e as suas diferentes fases, mas isto não invalida que na devida altura a fase volte a ser esclarecida.

O processo deve realizar-se ou começar com uma reunião presencial, marcada pela ELI com a família e o organismo sinalizador, sendo a presença deste relevante, pela provável existência anterior de uma ligação privilegiada com a mesma. Caso seja o/a educador/a o elemento sinalizador é importante a sua presença para ajudar na tarefa de conhecimento da família e da criança e para apresentar as suas expectativas sobre o trabalho a desenvolver. Se não tiver sido o elemento sinalizador deve ser incluído no processo o mais breve possível, quando a criança se encontra integrada numa creche ou jardim de infância.

De seguida, e como antes de intervir se deve planificar, procede-se à avaliação das necessidades e dos recursos da criança e dos cuidadores e definição de objetivos, o ponto 3 (conforme fig.2), que concilia as fases 2, 3 e 4 (conforme fig.2), da consultoria colaborativa, nomeadamente, construir o relacionamento, recolher informação/avaliação e definir objetivos. Tendo em conta o modelo de McWilliam (2010) – IPBR, esta fase operacionaliza-se com a *EBR*, já falada anteriormente neste trabalho, visando a

avaliação das necessidades da criança e da família nas suas atividades do quotidiano, em ambientes naturais.

Neste enquadramento, constrói-se o relacionamento pela possibilidade que a entrevista oferece de instituir uma ligação colaborativa e de confiança entre a ELI e os cuidadores, deixando claro que tanto a criança como os cuidadores são fulcrais neste processo, gerando o suporte para o trabalho futuro. Realiza-se a recolha de informação / avaliação, visto que a mesma entrevista procura reconhecer as necessidades da família e da criança nas suas atividades do quotidiano, de modo contextualizado, aspetos fundamentais para a intervenção. Definem-se objetivos (elegidos pela família), a partir da informação recolhida e tendo em conta as inquietações nomeadas pelos cuidadores (família e educador/a), selecionando e priorizando objetivos funcionais e importantes. Esclareça-se a noção de objetivo funcional que diz respeito à participação da criança na rotina, sendo que a participação inclui o envolvimento, a independência e as relações sociais. De referir ainda que o objetivo funcional deve ser elaborado de modo que o comportamento em questão seja observável e mensurável.

O processo prossegue com o *ponto 4*, (conforme fig.2), a definição de serviços: PIIP, visitas e processo de intervenção (quem faz o quê?). A informação recolhida vai permitir a construção do PIIP e/ou PEI (da competência da ELI em conjunto com família e outros cuidadores) que registam: pontos pertinentes do agregado familiar; a ecologia da família, ou seja, o agregado familiar e as pessoas e serviços com que a família pode contar; aspetos da funcionalidade da criança; as primordiais inquietações da família e os interesses e necessidades da família e da criança; e os objetivos funcionais resultantes da EBR para a criança e para a família.

Nesta etapa, com os objetivos identificados, procede-se à seleção do prestador de serviços primário (PSP, também designado de responsável de caso ou mediador de caso) e dos outros elementos da equipa que lhe darão apoio tendo em conta a resposta a dar aos objetivos estabelecidos e determina-se como será realizada a colaboração, tendo em conta que os princípios da consultoria colaborativa postulam que os apoios são orientados aos membros da família e ao educador/a, se aplicável. Decide-se, portanto, o local, a frequência e o horário das sessões de apoio a prestar, clarificando papéis e objetivos das mesmas. Com o/a educador/a, o local normalmente é a creche ou jardim de infância, e as sessões são semanais, sendo necessário esclarecer os melhores

momentos para as mesmas de acordo com as rotinas da sala e a disponibilidade, que deve ser flexível, para debater estratégias, analisar e/ou dar feedback ao PSP.

Passamos então para o ponto 5 (conforme fig.2), referente à intervenção: implementação e monitorização, que concilia as fases 5 e 6 (conforme fig.2), da consultoria colaborativa.

De acordo com os autores, a intervenção, que corresponde a implementar o plano (fase 6, conforme fig.2), refere-se às estratégias postas em prática pelos cuidadores significativos da criança nas atividades do quotidiano, que acontecem no tempo que medeia as visitas do profissional de IPI. Neste contexto, as visitas/sessões de apoio têm o propósito de refletir e encontrar estratégias úteis para alcançar os objetivos, desenvolvendo a fase 5 (conforme fig.2) – selecionar estratégias, que na sua concretização pode incluir variadas tarefas, como:

(a) observação da criança em determinadas rotinas; (b) alguma avaliação específica (uma das duas situações em que, nesta abordagem, pode existir um trabalho individual – de um para um – com a criança); (c) diálogos de procura de estratégias, avaliação e ajuste das estratégias que têm sido implementadas (a maior parte do trabalho realizado nas sessões); (d) demonstrações/modelagem (a segunda situação em que pode existir um trabalho individual); e (e) avaliação da concretização dos objetivos e da possibilidade de complexificar o objetivo ou passar a outros objetivos (Boavida, Aguiar & Mcwilliam, 2018 p. 21).

Nesta fase o papel da ELI é dar suporte aos cuidadores. Com a família deve efetuar visitas domiciliárias facultando apoio emocional, material e informativo. Com o/a educador/a deve realizar terapia integrada na sala de atividades frequentada pela criança. Deve orientar a escolha de estratégias indo ao encontro das especificidades da criança, da sua exequibilidade, eficácia e existência dos recursos necessários e monitorizar a sua execução, apoiando nos acertos necessários. A orientação deve verificar-se ainda na pormenorização, para cada objetivo, das tarefas a efetivar, determinando por quem, onde e quando são realizadas, que recursos exigem e previsto o seu início e final (Buysse & Wesley, 2005 *cit in* Boavida, Aguiar & Mcwilliam, 2018).

O/a educador/a deve escolher os objetivos a trabalhar e respetivas estratégias (em conjunto com a ELI), de acordo com as atividades/rotinas que desenvolve na sua sala e com as características da criança. Deve ser analisado o funcionamento da

atividade/estratégia, verificando a evolução e a participação da criança, designadamente o seu envolvimento, independência e relações sociais, os resultados obtidos e ajustar as estratégias, se necessário.

O processo continua com o *ponto 6* (conforme fig.2), a avaliação dos objetivos, dos resultados e da satisfação. Este ponto harmoniza as *fases 7 e 8* (conforme fig. 2) da consultoria colaborativa, designadamente, avaliar o plano e realizar uma reunião síntese. Na sua operacionalização, espera-se a monitorização e avaliação constante e diligente dos objetivos, sendo que os dados que forem obtidos, juntamente com os de outras avaliações previstas na planificação, devem ser considerados na avaliação da intervenção nos diversos ambientes da criança, assim como, a satisfação da família com as rotinas (em casa) e a adequação, na sala de atividades, das rotinas com as carências da criança. Todo este processo avaliativo deve ser registado, possibilitando a sua partilha com os interessados e decorrente do mesmo, deliberada a continuação ou não do procedimento de consultoria colaborativa.

A avaliação é apresentada como algo flexível, podendo por isso, ser realizada trimestralmente, semestralmente, anualmente como também pode ser efetuada sempre e quando um determinado acontecimento, como um retrocesso ou uma evolução no desenvolvimento ou um acontecimento importante na vida da criança e/ou família, o requeira.

Finalmente, o *ponto 7* (conforme fig. 2), plano de transição remete-nos para a premência de atentar as prováveis transições que a criança irá realizar, nomeadamente, para o jardim de infância, primeiro ciclo, ATL, sala de atividades, entre outras. De acordo com os autores, apesar de estas transições não se encontrarem intimamente relacionadas com as rotinas, são alvo de apreensão por parte das famílias e por isso, profissionais da IPI e educador/a de infância devem trabalhar em conjunto, obtendo o máximo de informação sobre os contextos de modo a que a família possa considerar as diferentes possibilidades e fazer uma escolha acertada. Uma boa transição depende também de uma boa passagem de caso, ou seja, de um apropriado esclarecimento de informação entre os profissionais que exercem funções com a família e a criança e os profissionais do novo contexto inclusivo.

II – ESTUDO EMPÍRICO

1. Problemática

De acordo com Quivy e Campenhoudt (2005), numa investigação buscamos averiguar algo, tendo o cuidado de escolher o tema de estudo e demarcar, o mais possível, a problemática a analisar. Deve ser instituído, pelo investigador, um fio condutor preciso e exequível que lhe permita efetuar e organizar um estudo com congruência, tendo consciência de que esta é uma experiência singular que depende de diversas variáveis ou critérios.

Neste estudo, o problema centra-se em torno da perceção dos diferentes profissionais a exercer funções na Intervenção Precoce na Infância na Região Autónoma da Madeira, das suas práticas tanto nos contextos de integração como nas visitas domiciliárias. A investigação nesta área surgiu a partir da própria vivência profissional, ao deparar com práticas que se distanciam das recomendadas, e de uma tentativa de comparar os resultados obtidos num estudo realizado no Continente com os da Madeira, onde resido e trabalho. Desta vivência e interesse, surgiu a necessidade de procurar aferir de que modo e se de facto, estamos longe das PCF e, nomeadamente da consultoria colaborativa – aspetos essenciais a uma prática de qualidade.

Neste enquadramento, surgiu a necessidade de colocar algumas questões para investigação, procurando fazê-lo de forma clara e evidentes, como defendem Quivy e Campenhoudt (2005), não dando espaço a outras interpretações.

Formularam-se, assim, as seguintes questões de investigação:

- Quais as atitudes e perceções dos docentes / técnicos face à intervenção precoce?
- Em que medida as perceções dos diferentes profissionais relativamente às práticas típicas e ideais coincidem com as práticas recomendadas, o modelo centrado na família e na comunidade?

- Contribuirá a formação de base (docentes /técnicos e educadores especializados / professores especializados) dos profissionais para perceções de práticas típicas e ideais próximas da consultoria colaborativa?

A partir das questões de investigação, definimos para o atual estudo os seguintes objetivos, sendo que estes apontam o que se deseja obter e as metas a alcançar na pesquisa.

2. Objetivos

Objetivo Geral:

- Identificar o modelo de intervenção precoce, implementado nos concelhos da Região Autónoma da Madeira essencialmente pela análise da perceção dos diferentes profissionais sobre as suas práticas típicas e as que julgam ser as ideais.

Objetivos Específicos:

- Aferir se as práticas dos diferentes profissionais, considerando a sua perceção das mesmas, traduzem práticas de intervenção precoce recomendadas internacionalmente, baseadas em modelos centrados na família e na comunidade.
- Reconhecer variáveis sociodemográficas passíveis de estar associadas às perceções relativas às práticas típicas e ideais.
- Verificar a existência de práticas de consultoria colaborativa.

3. Hipóteses de Investigação:

Segundo Quivy e Campenhoudt (2008) para dirigir uma investigação com organização e precisão, esta deve ser estruturada à volta de hipóteses, já que estas indicam o caminho a delinear, funcionando como um fio condutor e facultando a referência para a recolha de dados. As hipóteses assomam como uma provável resposta ao problema a ser investigado, e que será aceite ou rejeitada depois de ser comprovada.

Tendo em conta os objetivos e a problemática de estudo, enunciaram-se as seguintes hipóteses:

H1 – Verificam-se diferenças entre a perceção das práticas consideradas típicas e ideais, concedendo valores mais elevados às práticas ideais.

H2 - Existem diferenças entre as perceções acerca das práticas típicas e das práticas ideais quando tidas em conta as variáveis sociodemográficas de tempo total de serviço, tempo afeto à IPI e de concelho a que pertencem.

H3- Existem diferenças entre as perceções acerca das práticas típicas e das práticas ideais quando tida em conta a variável de formação de base (educador especializado ou professor especializado).

H4 – Existem diferenças entre as perceções acerca das práticas típicas e das práticas ideais quando tidas em conta as variáveis de periodicidade de reuniões de equipa e de supervisão.

4. Metodologia

A metodologia de uma investigação exige a delimitação de vários passos a executar visando servir de fio condutor no estudo a desenvolver.

Este estudo centra-se na apreciação dos inquiridos, resultante das perceções que os mesmos têm sobre a realidade que os circunda, sugestionadas pelas suas interpretações sociais (Gronita, 2014).

Apresenta um carácter quantitativo, sendo que existem algumas respostas abertas, que por não terem sido, na sua maioria, preenchidas pelos inquiridos, não foram assim, alvo de análise.

5. População e amostra

No procedimento de investigação a amostragem constitui um fator importante, caracterizando-se pela escolha de um grupo de pessoas ou população, com o propósito

de obter informações relativas ao tema em estudo, procurando que toda a população se encontre representada nesse grupo (Fortin, 1999).

Para a realização desta investigação selecionou-se como amostra, todos os profissionais a desempenhar funções na área da intervenção precoce na Região Autónoma da Madeira, ou seja, os profissionais (docentes e técnicos de diferentes áreas) dos onze concelhos, incluindo o Porto Santo, num total de aproximadamente 87 pessoas. Devido à indisponibilidade de alguns e porque este estudo dependia da sua participação voluntária, os sujeitos que fazem parte deste estudo perfazem um total de 67 profissionais.

De modo a caracterizar os elementos da amostra foi considerada a informação presente na primeira parte do inquérito “Dados Demográficos” (Anexo I), tendo sido observados os seguintes dados: idade; sexo; profissão; concelho a que pertence; formação académica mais elevada; frequência na formação de base de cadeira específica sobre crianças com incapacidades ou em IPI; formação específica, após iniciar a vida profissional, no trabalho com crianças com incapacidade ou em IPI; trabalho em IPI a tempo inteiro ou número de horas; trabalho em mais do que um CREE; número médio de crianças apoiadas nos últimos 12 meses; percentagem de crianças apoiadas de acordo com diferentes idades; número de anos de serviço no total e em IPI; frequência e duração das reuniões de equipa e frequência de supervisão na equipa.

No que diz respeito à caracterização dos inquiridos da amostra, em relação ao concelho a que pertencem apresentam-se no quadro 1, os seguintes resultados.

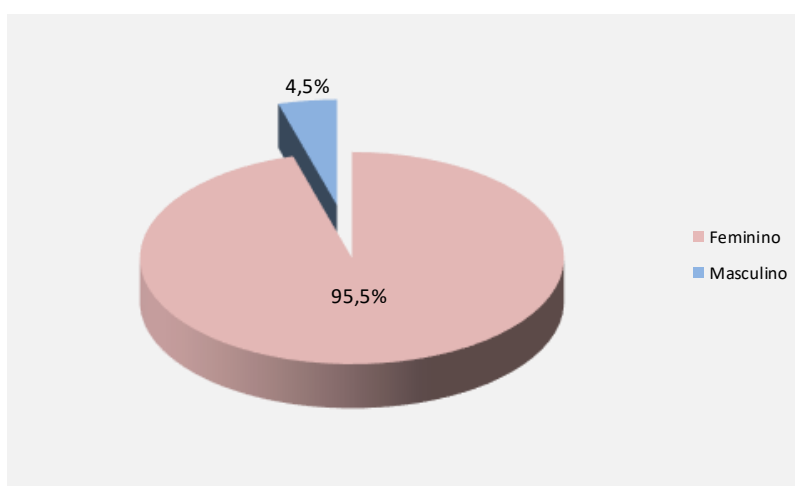
Quadro 1 – Caracterização da amostra por concelho em que exerce funções

Concelho	Frequência	%
Calheta	5	7,5
Câmara de Lobos	11	16,4
Funchal	15	22,4
Machico	6	9,0
Ponta do Sol	2	3,0
Porto Moniz	1	1,5
Porto Santo	5	7,5
Ribeira Brava	2	3,0
Santa Cruz	16	23,9
Santana	1	1,5
São Vicente	3	4,5
Total	67	100,0

Como se observa no quadro 1, a maior percentagem de inquiridos, com 23,9% pertencem ao concelho de Santa Cruz, seguindo-se os do Funchal e Câmara de Lobos com 22,4% e 16,4% de respostas respetivamente. Porto Moniz e Santana são os concelhos com menor número de respostas, obtendo apenas 1,5%.

O gráfico 1 revela a caracterização da amostra no que concerne ao sexo.

Gráfico 1 – Caracterização da amostra em função do sexo



Constata-se que, neste estudo, a maioria dos inquiridos é do género feminino (95,5%, $n = 64$) enquanto os docentes do género masculino representam 4,5% ($n = 3$), conforme se pode certificar pela observação do gráfico 1.

De seguida, no quadro 2, são mostrados os resultados referentes à idade do universo inquirido.

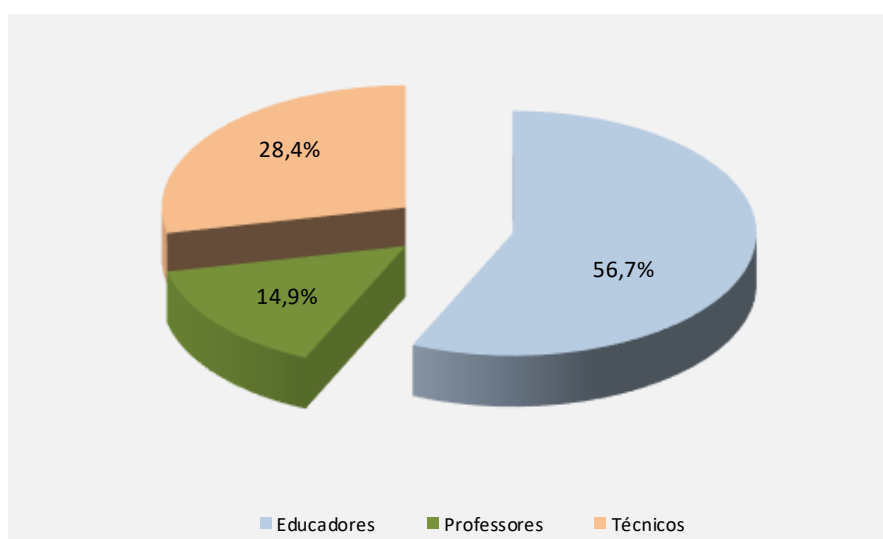
Quadro 2 – Caracterização da amostra por escalão etário

Escalão etário	Frequência	%
Menos de 31 anos	3	4,5
31 - 35 anos	6	9,1
36 - 40 anos	25	37,9
41 - 45 anos	16	24,2
46 - 50 anos	7	10,6
51 - 55 anos	6	9,1
56 ou mais anos	3	4,5
Total	66	100,0

Como se pode constatar, e analisando o escalão etário, verifica-se que 37,9% têm entre 36 - 40 anos seguindo-se os que têm entre 41 – 45 anos (24,2%). De salientar o baixo número de inquiridos nos grupos de 56 e mais anos (4,5%) e particularmente nos que têm menos de 31 anos (4,5%), mostrando um pouco a tendência para a dificuldade de obter colocação nesta e nas outras áreas da educação. A idade dos participantes varia entre os 25 e os 63 anos sendo que a idade média é de 41,9.

No que concerne à profissão ou categoria profissional os dados obtidos são apresentados no gráfico 2.

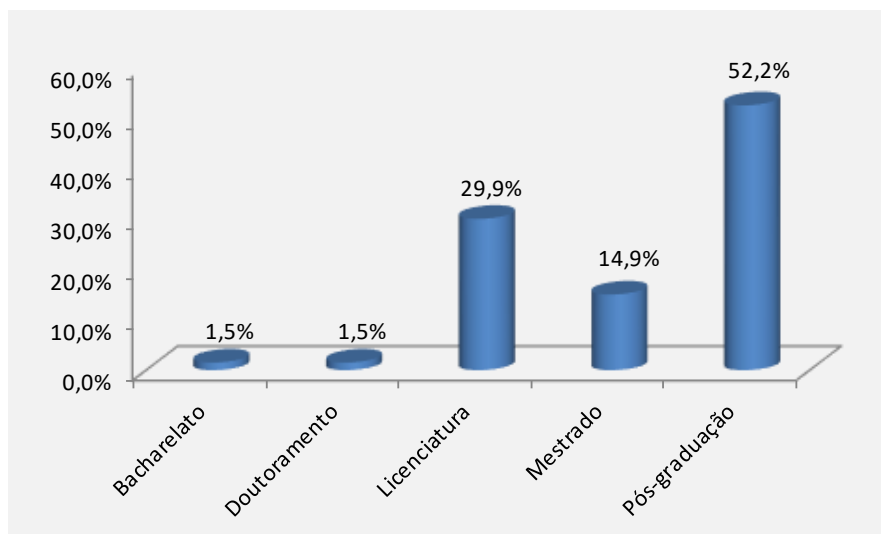
Gráfico 2 – Caracterização da amostra por categoria profissional



De acordo com o gráfico 2 e no que se refere à categoria profissional, encontramos maioritariamente educadores, nomeadamente, 56,7% (n=38), seguindo-se os técnicos que englobam 28,4% (n=19) e, por fim os professores com 14,9% (n=10). De ressaltar que o grupo dos técnicos abarca diferentes áreas, que não foram esmiuçadas por uma questão de privacidade.

No gráfico 3, são apresentados os dados do universo inquirido no que à formação académica diz respeito.

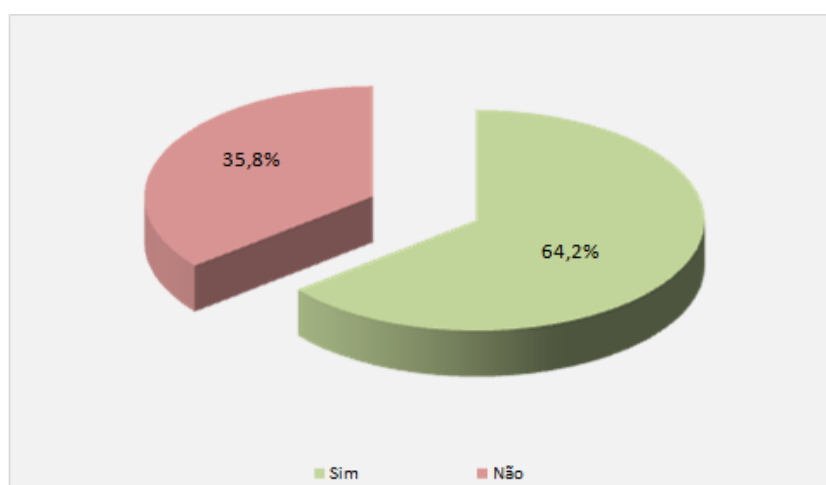
Gráfico 3 – Caracterização da amostra por formação académica



Relativamente à formação académica, apuramos que a maioria possui uma pós-graduação (52,2%), seguindo-se os que têm uma licenciatura (29,9%). Com mestrado encontramos 14,9% e em número reduzido os detentores de bacharelato e doutoramento, com 1,5%.

No gráfico 4 expomos os dados da amostra alusivos à frequência ou não de alguma cadeira específica sobre crianças com incapacidades ou em intervenção precoce na infância.

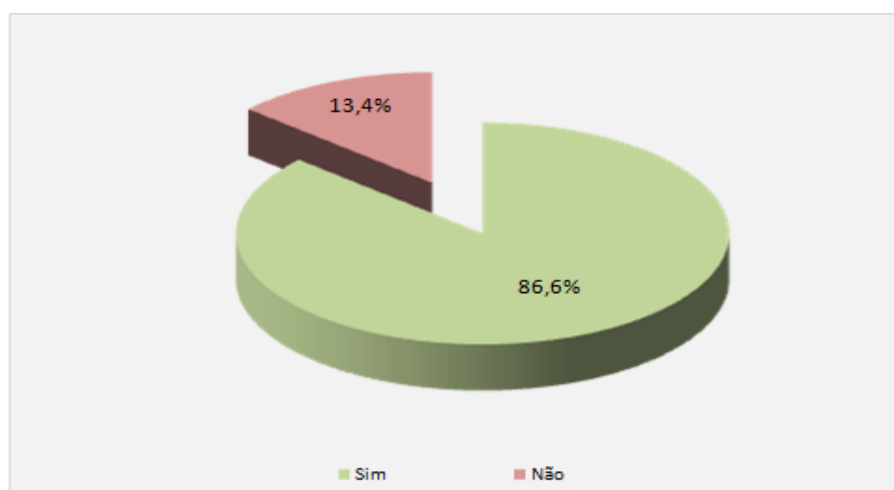
Gráfico 4 – Caracterização da amostra por frequência ou não de alguma cadeira sobre crianças com incapacidade ou em IPI, na formação de base



No que concerne à frequência ou não de alguma cadeira específica sobre crianças com incapacidades ou em intervenção precoce na infância, na formação de base, verificamos no gráfico 4 que, na maioria (64,2%) dos inquiridos, esta disciplina fez parte do currículo do curso frequentado, sendo que 35,8% não tiveram qualquer contacto com esta área.

De seguida, procuramos saber se os profissionais inquiridos tinham já efetuado formação específica no trabalho com crianças com incapacidades ou em IPI, após o início da sua vida profissional.

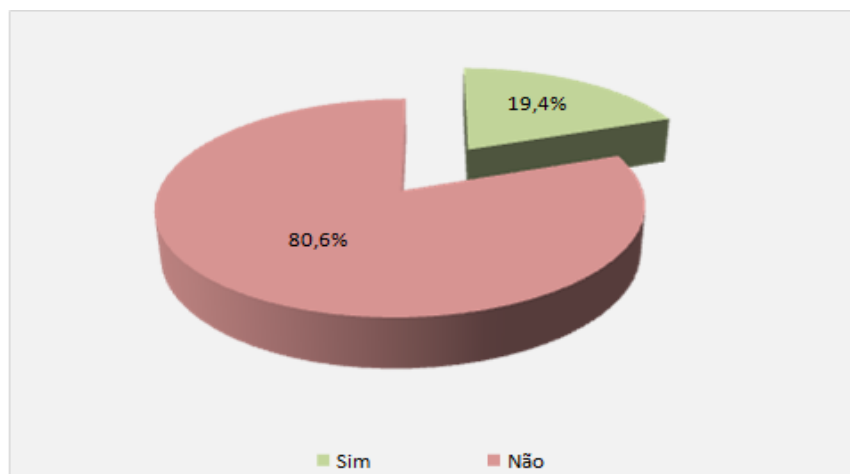
Gráfico 5 – Caracterização da amostra por após iniciar a vida profissional, realizar formação específica com crianças com incapacidade ou em IPI



Pode verificar-se, conforme gráfico 5 que a generalidade dos profissionais (86,6%), afirmou que após iniciar a vida profissional, fizeram formação específica no trabalho com crianças com incapacidades ou em intervenção precoce na infância.

Indagamos, de seguida, saber quantos inquiridos trabalham a tempo inteiro em intervenção precoce.

Gráfico 6 – Caracterização da amostra por trabalho em intervenção precoce a tempo inteiro



Da observação do gráfico 6, é-nos possível apurar que 80,6% (n=54) não trabalham a tempo inteiro em intervenção precoce. A nosso ver, com tantas especificidades que requer o trabalho em IPI e as competências que lhes são solicitadas para o desenvolvimento de uma prática de qualidade, deveria haver a possibilidade de o profissional “especializar” a sua prática na IPI, dedicando o seu trabalho apenas a esta.

De seguida, procuramos averiguar quantas horas por semana cada profissional dedica à IPI.

Quadro 3 – Caracterização da amostra por quantas horas por semana trabalha em Intervenção Precoce

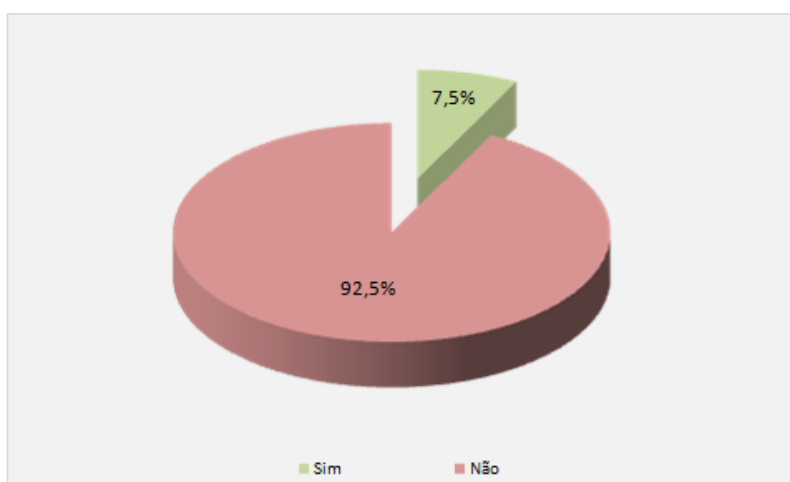
	Frequência	%
Até 5 horas	20	30,3
6 - 10 horas	22	33,3
11 - 15 horas	9	13,6
16 - 20 horas	2	3,0
21 - 25 horas	10	15,2
26 e mais horas	3	4,5
Total	66	100,0

Deste modo, e observando o quadro 3, verificamos que, dos profissionais que não trabalham a tempo inteiro em Intervenção Precoce, a maioria trabalha entre 20% a 40% em Intervenção Precoce. O número de horas semanais varia entre 1 e as 23 horas, sendo

a média de 11 horas semanais. Assim, atestamos que os profissionais, na sua maioria, exercem funções essencialmente noutras áreas que não a IP.

Seguidamente, tentamos saber se os inquiridos exercem funções em mais do que um Centro de Recursos Educativos Especializados (CREE), tendo presente que em cada concelho da RAM existe um, ainda que quatro estejam agregados em dois, no que concerne à coordenação, à realização de reuniões e supervisão.

Gráfico 7 – Caracterização da amostra por se trabalham em mais do que um CREE



Foi possível verificar, como podemos notar no gráfico 7 que 7,5% (5 profissionais), trabalham em mais do que um Centro de Recursos Educativos Especializados (CREE).

De seguida, no quadro 4, tentamos saber qual o número de crianças apoiado por cada profissional.

Quadro 4 – Caracterização da amostra por quantas crianças/famílias apoiaram nos últimos 12 meses

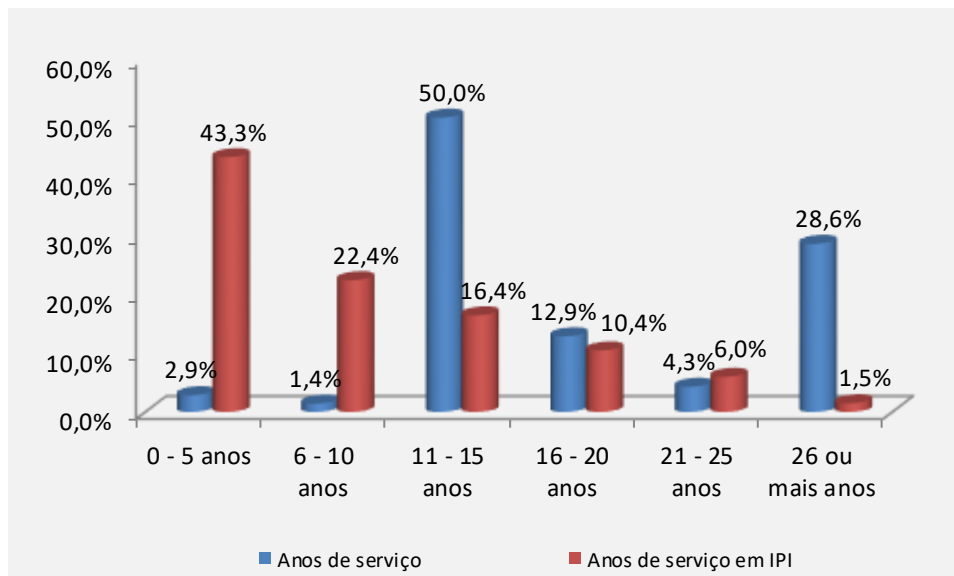
	Frequência	%
Até 5	36	54,5
6 a 10	17	25,8
11 a 15	6	9,1
16 a 20	4	6,1
Mais de 20	3	4,5
Total	66	100,0

A maioria dos profissionais (54,5%), apoiou nos passados 12 meses até 5 crianças/famílias por semana. O número de crianças/famílias apoiadas por semana, varia entre 1 e 30 sendo a média de 7 crianças/familiar por cada profissional.

Dos participantes, 32,8% apoiaram crianças entre os 0 e os 36 meses, 73,1% crianças entre os 3 e os 5 anos e 64,2 crianças com mais de 5 anos, verificando-se que é principalmente a partir dos três anos que existe maior apoio por parte da IPI. Gostaríamos aqui de realçar a existência na RAM, mais especificamente no Funchal, de um serviço agregado ao Hospital Dr. Nélcio Mendonça, o Centro de Desenvolvimento da Criança, que junta as diferentes áreas de apoio e para onde são encaminhadas muitas crianças após despiste no médico de família, consulta de enfermagem.

Seguidamente, consideramos aferir a totalidade dos anos de serviço e de serviço em IPI da amostra do estudo, conforme se demonstra no gráfico 8.

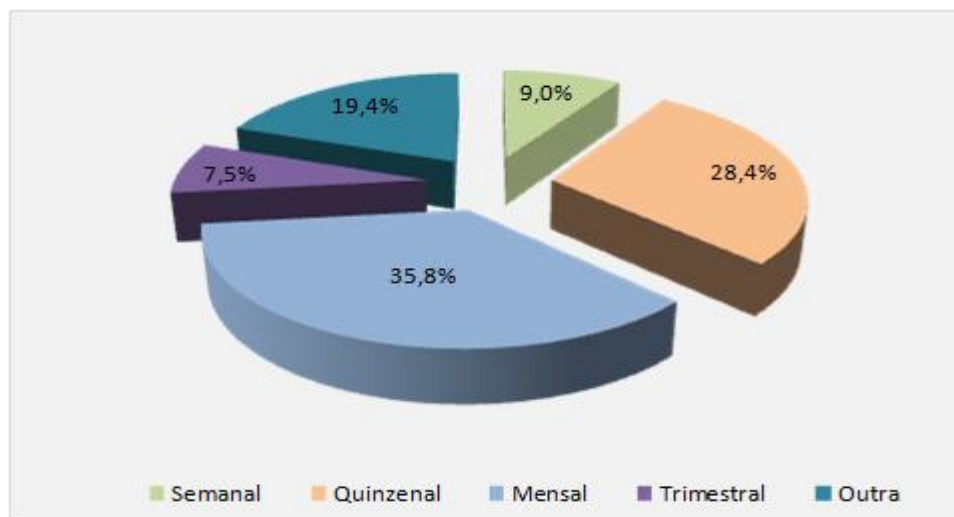
Gráfico 8 – Caracterização da amostra por anos de serviços e anos de serviço em IPI



Os anos de serviço dos participantes variam entre 1 e 38 anos ($M=17,8$, $DP=8,14$) e os anos de serviço em Intervenção Precoce na Infância variam entre 1 e 28 anos ($M=8,9$, $DP=6,88$). Pela observação do gráfico 8, verifica-se ainda, que metade dos profissionais tem entre 11 a 15 anos de serviço e que 43,3% têm entre 0 a 5 anos de serviço em IPI, sendo o valor mais alto que o segue de 22,4% para entre 6 e 10 anos de serviço em IPI.

O gráfico 9, apresenta a frequência das reuniões de equipa que foi o ponto seguinte a ser examinado.

Gráfico 9 – Caracterização da amostra por frequência das reuniões de equipa



Dos profissionais que participaram no estudo, 35,8% referiram que a frequência das reuniões de equipa é mensal, sendo possível perceber não existir uma uniformidade nesta prática na RAM, como se pode observar no gráfico 9.

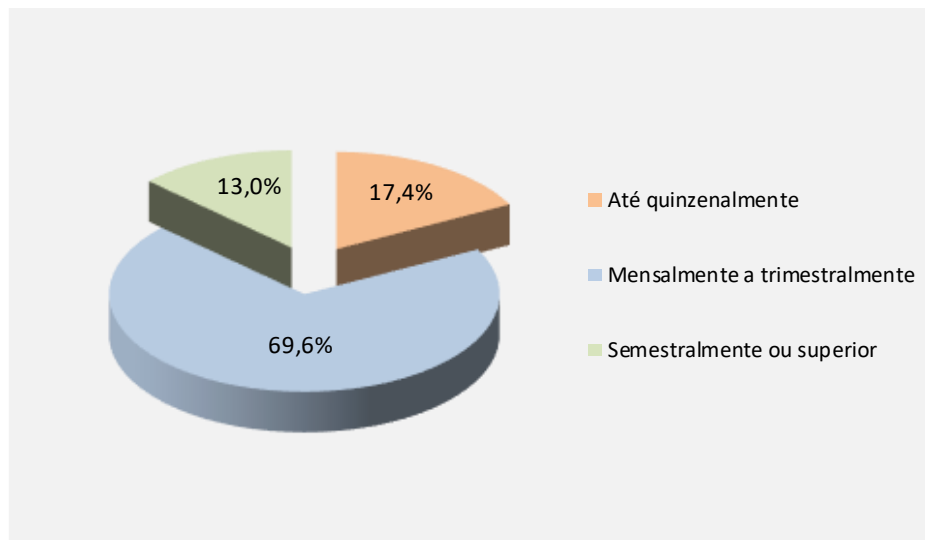
Relativamente à duração das reuniões, apuramos o que se apresenta no quadro 5.

Quadro 5 – Caracterização da amostra por duração das reuniões de equipa

	Frequência	%
Menos de 1 h	1	1,5
Entre 1 a 2 h	7	10,6
Entre 2 e 3 h	52	78,8
Mais de 3 h	6	9,1
Total	66	100,0

A duração das reuniões de equipa variam entre os 45 minutos e as 4 horas, sendo que para a maioria (65,7%) a duração é de 2 horas.

No gráfico 10, podemos observar a frequência com que a equipa beneficia de supervisão.

Gráfico 10 – Caracterização da amostra por frequência com que a equipa beneficia de supervisão

Para a grande maioria dos profissionais inquiridos (69,6%) as reuniões de supervisão têm a frequência de mensalmente a trimestralmente. Nesta pergunta foi possível constatar uma grande disparidade de respostas, o que nos leva a pensar que não existe uma uniformidade de práticas a este nível.

Procuramos também saber, pela importância que tem no desenvolvimento de práticas centradas na família, se todos os profissionais prestavam apoio no local de integração da criança, tendo obtido os dados seguintes, conforme quadro 6.

Quadro 6 - Percentagem de profissionais que vão ou não ao contexto por categoria profissional

Categorias profissionais	Frequência	%	Apoio em pelo menos um dos contextos da criança (LI e VD)		Apoio em nenhum dos contextos da criança (LI e VD)	
			Frequência	%	Frequência	%
Educadores	38	56,7	38	100,0	-	0,0
Professores	10	14,9	10	100,0	-	0,0
Técnicos	19	28,4	17	89,5	2	10,5

Segundo o quadro 6, podemos verificar que a totalidade dos educadores e dos professores que participaram neste estudo, apoiam em pelo menos um dos contextos da criança. Em relação aos técnicos, 89,5% apoiam em pelo menos um dos contextos da criança e 10,5% apoiam em nenhum dos contextos da criança, o que nos possibilita tirar

a ilação de que alguns técnicos não se deslocam ao local de integração da criança, sendo a intervenção / apoio efetuado fora do ambiente natural e inclusivo da criança, o que vai contra a PCF. Por outro lado, pensamos que tal dever-se-á ao facto de possivelmente serem os inquiridos com maior número de crianças a apoiar, sendo este também um problema de falta de recursos, a resolver para a existência de uma prática de qualidade.

6. Instrumentos e procedimentos

De forma a operacionalizar o presente estudo, considerou-se o uso de um questionário, que como declara Quivy e Campenhoudt (2005), é um dos métodos mais adequados para perceber juízos e atitudes, possibilitando um diagnóstico das perceções e práticas dos profissionais, num reduzido espaço de tempo.

A escala utilizada (Anexo II), está integrada no instrumento, *Serviços de Intervenção Precoce na Infância em Portugal*, elaborado por Boavida, McWilliam e Aguiar (2015), tendo como base instrumentos de McWilliam como por exemplo, o *Providing Center-Based... Services in Early Intervention* (Bailey, McWilliam, & Roberts, 1991), e o *Families in Natural Environments Scale of Service Evaluation II* (McWilliam, 2012). O primeiro instrumento referido foi-nos gentilmente cedido na totalidade, portanto com a devida autorização (Anexo III), pela Doutora Tânia Boavida para a elaboração deste estudo, permitindo que pudesse ser utilizado na Região Autónoma da Madeira. De acordo com a folha de rosto, este enquadra-se no estudo: *Desenvolvimento Profissional – Consultoria Colaborativa em Intervenção Precoce na Infância* tendo como investigadora responsável a Doutora Tânia Boavida e como investigadores orientadores o Doutor McWilliam e a Doutora Cecília Aguiar.

Para o nosso estudo, da totalidade do instrumento facultado, selecionamos o Questionário dos Dados Demográficos (já mencionado anteriormente) e a Escala de Avaliação das Práticas Típicas e Ideais de Intervenção Precoce na Infância, formando estas duas secções o nosso instrumento. Salienta-se que este é precedido por uma folha de rosto onde é feita uma breve descrição do objetivo do estudo, informando, simultaneamente, que o questionário é anónimo, que a confidencialidade dos dados é garantida e da importância da colaboração dos inquiridos, tal como no estudo efetuado no continente. De destacar que na primeira parte, referente aos dados demográficos foram concretizadas algumas alterações, relativamente ao questionário usado no

continente, com vista à adequação à realidade da RAM, que é diferente da do continente - não existem Equipas Locais de Intervenção na Região, por exemplo. Com a intenção de não ser possível a identificação dos inquiridos, limitamos a 4 as opções na questão alusiva à profissão, já que nos CREE encontramos diversos educadores e professores especializados, mas terapeutas pode existir um de cada área, daí a escolha por técnico, abrangendo as distintas áreas.

Deste modo, a primeira parte, que como dissemos anteriormente, refere-se aos dados demográficos dos profissionais de IPI, é essencialmente constituída por perguntas de resposta fechada, da qual fazem parte 16 questões visando recolher informação que possibilite a caracterização dos mesmos quanto ao sexo, idade, formação base, habilitações académicas, número médio de famílias apoiadas e anos de experiência em IPI, se desempenha funções exclusivamente em IPI e número de horas semanais em IPI, frequência e duração das reuniões de equipa e frequência de supervisão, como mencionado na introdução do ponto população e amostra.

A segunda parte é então a *Escala de Avaliação das Práticas Típicas e das Práticas Ideais*, com a qual procuramos avaliar a perceção dos profissionais de IPI das suas práticas, típicas e ideais, tanto nos contextos de integração como nas visitas domiciliárias. É composta por 17 itens: (1) avaliação de necessidades da criança; (2) necessidades da família; (3) definição de objetivos; (4) objetivos da intervenção ao nível da criança; (5) avaliação dos objetivos; (6) trabalho em equipa; (7) locais do apoio; (8) localização do apoio; (9) presença de outras crianças durante o apoio; (10) contexto da intervenção; (11) papel do profissional; (12) definição de estratégias; (13) implementação de estratégias; (14) localização da intervenção e presença da família durante a intervenção; (15) papel do profissional; (16) definição de estratégias de intervenção e (17) implementação de estratégias.

É uma escala de registo de comportamentos tipo Likert, de 9 pontos, com descritores das condutas nos números ímpares. É constituída por 17 itens respeitantes às práticas desenvolvidas no processo de intervenção precoce. Os itens de 1 a 7 aludem a práticas gerais de avaliação de necessidades e de objetivos, definição de objetivos e tipo de trabalho em equipa. Os itens de 8 a 13 dizem respeito a práticas de intervenção no local de integração e os remanescentes itens (14 a 17) referem-se a práticas de intervenção em visita domiciliária.

Os intervenientes devem, para cada item, responder duas vezes: uma relativamente à percepção da prática que desenvolvem presentemente e, uma outra relativamente ao que ajuízam ser a prática ideal. Os resultados para cada item podem ir de 1 a 9, o que se expressa numa pontuação que pode variar entre 17 e 153. O resultado mais reduzido (17 pontos) indica uma prática integralmente centrada nos profissionais, por outro lado o mais elevado (153 pontos) indica uma prática centrada na família em que é empregue consultoria colaborativa. No questionário foi ainda solicitada a fundamentação da discordância entre a prática ideal e a prática típica, sendo que na maioria dos casos os inquiridos não preencheram esta parte, o que justifica a sua não inclusão no estudo.

Para dar continuidade ao processo, depois da devida autorização de uso pelos autores, foi efetuado o pedido de autorização ao Diretor Regional de Educação (Anexo IV), com todos os documentos necessários à realização do estudo anexados. Após o devido consentimento (Anexo V) foram contactadas, por telefone e email, oito coordenações dos Centros de Recursos Educativos Especializados dos diversos concelhos da Região Autónoma da Madeira. De salientar que quatro concelhos encontram-se agrupados em dois CREE (Porto Moniz com São Vicente e Ribeira Brava com Ponta do Sol). No concelho de Santa Cruz, meu local de trabalho, a coordenadora teve conhecimento pessoalmente.

Foi proposto o agendamento da presença do investigador numa reunião de equipa dos diferentes CREE, mas na altura do contacto a maioria das coordenações referiu ter feito já as reuniões previstas para o período em curso e, por isso, seria mais fácil o envio do questionário em formato digital ou em papel, com as devidas indicações dos objetivos do estudo e de preenchimento para que não existissem dúvidas. Ainda assim, deslocuei-me a diferentes escolas e CREE para contactar pessoalmente com colegas, visando a sua cooperação pois estávamos com dificuldades em obter os questionários preenchidos. A disponibilidade e apoio de alguns coordenadores foram também fulcrais para reforçar a amostra do estudo. No concelho de Santa Cruz, onde desempenho funções, além de dar a conhecer à coordenadora o trabalho a desenvolver, contactei individualmente os colegas solicitando a sua colaboração.

O tratamento dos dados recolhidos foi efetuado com recurso ao software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.0. Para a apresentação da estatística descritiva, foram utilizados gráficos e tabelas com valores máximo, mínimos,

médias e desvio padrão. Já na análise inferencial teve lugar a utilização de testes não paramétricos para averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os vários grupos de profissionais considerados no estudo. Desta forma, foi empregado o teste de Mann – Whitney para a comparação de dois grupos e o teste de Kruskal - Wallis para comparar três ou mais grupos, com uma probabilidade de erro de 0,05.

Com o intuito de determinar a fiabilidade dos dados recolhidos pela escala foi analisada a consistência interna dos itens através do método de α de Cronbach. Esta escala foi subdividida em duas subescalas, a primeira com os valores das médias dos itens relativos às práticas típicas ($\alpha = .86$) e uma segunda com as médias dos itens das práticas ideais e ($\alpha = .88$).

Para testar as hipóteses de investigação realizaram-se vários procedimentos de análise de dados.

Para confirmar a Hipótese 1, começamos por analisar as características psicométricas dos dados, incluindo a consistência interna e a normalidade das distribuições. Em seguida, procedeu-se à análise descritiva dos itens do instrumento e à comparação das médias das subescalas de práticas típicas e de práticas ideais, recorrendo-se ao teste não paramétrico de Wilcoxon, devido à violação de pressuposto de normalidade das distribuições dos dados obtidos nas duas subescalas e ao D de Cohen para perceber a magnitude do efeito.

Para testar a Hipótese 2, foram utilizados testes não paramétricos, uma vez que nenhuma das variáveis tinha distribuição normal. Para averiguar se as perceções relativamente às práticas típicas e às práticas ideais variavam em função do tempo de serviço, do tempo de afeto em IPI foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Para verificar se as perceções acerca das práticas típicas e as práticas ideais variavam em função da localização geográfica, aplicou-se o teste de Kruskal Wallis.

Para testar a Hipótese 3, e uma vez que a variável em estudo não apresentam distribuição normal, utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal Wallis para verificar se as perceções acerca das práticas típicas e das práticas ideais variavam em função da formação de base dos profissionais.

Para testar a Hipótese 4, e apurar se as percepções relativamente às práticas típicas e às práticas ideais variavam tendo em conta a frequência de reuniões de equipa dos profissionais foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal Wallis. Para verificar se as percepções acerca das práticas típicas e das práticas ideais variavam em função da periodicidade das reuniões de supervisão, aplicou-se o teste de Mann-Whitney.

III – APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentar-se-ão os resultados obtidos, bem como a análise e discussão dos mesmos relacionando-os com os objetivos e hipóteses formuladas, à luz de diversas teorias e opiniões.

Tendo em conta o objetivo “*Aferir se as práticas dos diferentes profissionais, considerando a sua perceção das mesmas, traduzem práticas de intervenção precoce recomendadas internacionalmente, baseadas em modelos centrados na família e na comunidade*” foi elaborada a hipótese 1 (**H1**).

Para responder à hipótese 1 (**H1**) – *Verificam-se diferenças entre a perceção das práticas consideradas típicas e ideais, concedendo valores mais elevados às práticas ideais*, apresenta-se o quadro 7, com os dados descritivos obtidos para os itens e subescalas da Escala de Avaliação das práticas típicas e das práticas ideais, permitindo identificar os itens com resultados médios superiores e inferiores e com maiores e menores discrepâncias entre as práticas típicas e as práticas ideais.

Quadro 7 - Estatísticas descritivas para os itens e subescalas da Escala de Avaliação das práticas típicas e das práticas ideais

	Práticas típicas				Práticas ideais				Z	d
	M	DP	MIN	MAX	M	DP	MIN	MAX		
1. Avaliação das Necessidades da Criança	7,97	1,40	5	9	8,33	1,21	5	9	-2,72	0,27
2. Necessidade da Família	8,19	1,54	1	9	8,87	0,57	5	9	-3,72	0,71
3. Definição de Objetivos	6,55	1,61	1	9	7,09	1,55	1	9	-3,23	0,34
4. Objetivos da Intervenção ao nível da criança	7,75	1,61	3	9	8,07	1,49	3	9	-3,12	0,21
5. Avaliação dos Objectivos	5,37	1,49	2	8	6,37	1,75	2	9	-4,42	0,62
6. Trabalho de Equipa	5,37	2,58	1	9	7,31	2,53	1	9	-4,83	0,76
7. Locais de apoio	6,61	2,31	1	9	7,70	1,83	1	9	-4,09	0,53
8. Localização do Apoio (LI)	6,31	2,21	1	9	6,84	2,24	1	9	-3,17	0,24
9. Presença de Outras Crianças durante o apoio (LI)	5,88	2,57	1	9	6,55	2,51	1	9	-3,07	0,26
10. Contexto da Intervenção (LI)	6,69	2,22	1	9	7,41	2,11	1	9	-3,50	0,33
11. Papel do Profissional (LI)	4,73	1,48	1	9	5,47	1,86	3	9	-3,20	0,44
12. Definição de estratégias (LI)	5,41	1,64	2	9	6,05	1,96	2	9	-3,35	0,36
13. Implementação de Estratégias (LI)	5,41	2,61	1	9	6,83	2,59	2	9	-4,32	0,55
14. Localização da Intervenção e presença da família durante a intervenção (VD)	5,93	2,23	1	8	6,93	2,02	1	9	-1,60	0,47
15. Papel do Profissional (VD)	5,64	2,59	3	9	6,64	2,76	3	9	-1,63	0,37
16. Definição de Estratégias de Intervenção (VD)	6,43	1,83	3	9	7,43	2,10	3	9	-2,07	0,51
17. Implementação de Estratégias (VD)	5,50	2,24	2	9	6,79	2,67	2	9	-2,04	0,52
Subescalas	6,31	1,01	3,38	8,27	7,14	1,04	3,38	9,00	-6,12	0,81

Da observação do quadro 7 podemos verificar que o item “*necessidades da família*” é o que revela resultados médios superiores, nas práticas típicas e nas práticas ideais, chegando mesmo a atingir o valor máximo, sendo o único item e prática a fazê-lo e estando mais próxima das PCF, da consultoria colaborativa. Em contraste, o item “*papel do profissional (LI)*” que é o que apresenta resultados médios inferiores em ambas as subescalas.

As maiores discrepâncias entre as práticas típicas e as ideais foram encontradas nos itens “*trabalho em equipa*”, “*necessidades da família*” e “*avaliação dos objetivos*”. Por outro lado, “*objetivos da intervenção ao nível da criança*”, a “*localização do apoio (LI)*” e a “*presença de outras crianças durante o apoio (LI)*” são os itens com menor discrepância entre as práticas típicas e as ideais.

Os resultados do teste de Wilcoxon relativos à comparação dos valores médios obtidos na subescala de práticas típicas e na subescala de práticas ideais indicam que as diferenças são estatisticamente significativas e de elevada magnitude ($Z = -6.12$, $p < .001$, $d = 0.81$).

Quanto maior o valor de D de Cohen, maior é a magnitude do efeito, considerando os seguintes valores de referência: para ($d < .30$) será pequena, para ($.30 > d < .50$) a magnitude do efeito é baixa, para ($.50 > d < .70$) a magnitude do efeito é moderada e para valores ($d > .70$) é elevada. Desta forma os resultados obtidos no teste permitem-nos verificar que a magnitude do efeito entre as duas escalas é considerada moderado.

Analisando individualmente os 17 itens do quadro 7 que compõem as subescalas de práticas típicas e práticas ideais, a magnitude do efeito é elevada em 2 itens, (*Necessidades da Família e Trabalho em Equipa*) é moderada em 11 (*Definição de Objetivos; Avaliação dos Objetivos; Locais de Apoio; Contexto da Intervenção; Papel do Profissional-LI; Definição de Estratégias; Implementação de Estratégias-LI; Localização da Intervenção e Presença da Família durante a Intervenção; Papel do Profissional-VD; Definição de Estratégias de Intervenção e Implementação de Estratégias-VD*) e é pequena em 4 dos itens (*Avaliação das Necessidades da Criança; Objetivos da Intervenção ao Nível da Criança; Localização do Apoio-LI e Presença de Outras Crianças Durante o Apoio-LI*).

Neste enquadramento, passamos a analisar de forma pormenorizada as práticas típicas e as práticas ideais, lembrando que o valor mínimo é o 1 e o máximo 9, discriminando as diferentes perceções dos inquiridos envolvidos, sendo os dados apresentados, em algumas situações, através da média (M) e desvio padrão (DP) estando expostos no texto através da média \pm DP.

As práticas típicas e as práticas ideais

Com o intuito de expormos uma visão acerca das perceções relativamente às práticas típicas e ideais em IP, passamos a descrever os resultados alcançados com base na análise das respostas dadas pelos profissionais da RAM em exercício na intervenção precoce, de acordo com os dados apresentados no quadro 7.

No que concerne ao item “*necessidades da família*”, é um dos dois itens em que há maior discrepância ou menor grau de concordância entre a prática típica e a ideal, mas é igualmente aquele que apresenta resultados médios superiores, em ambas as práticas, mais próximos das práticas centradas na família, o que revela que os profissionais têm já em conta as necessidades das famílias e que estas parecem ser incluídas no planeamento da intervenção.

Tendo por base estes resultados, salientamos o estudo de Ferreira (2017), que se encontra concordante com o nosso, já que foi no item “*necessidades da família*” que encontrou valores mais elevados e que o enquadravam num modelo de trabalho colaborativo. Também Mendes (2010), verificou na sua investigação que nos resultados obtidos no nível de atuação *Família*, os profissionais consideram executar práticas de maior qualidade na *abordagem multidimensional e holística* das necessidades da família.

Continuando a interpretar os nossos resultados e tendo em conta os valores médios, podemos referir que para os profissionais é importante considerar, na sua prática, as necessidades da família, o que vai ao encontro das práticas recomendadas. Mas seria interessante perceber também a que nível se verifica esta inclusão das necessidades da família no planeamento da intervenção, como nos sublinha Arroz (2015), no seu estudo quando faz levantamento de necessidades da família mas verifica que estas informações não são pormenorizadas e parecem “*perder-se*” na intervenção.

Em contraste, o item “*papel do profissional (LI)*” é o que revela os valores médios mais baixos de toda a escala, sendo que nas práticas típicas estes foram de 4.73 ± 1.48 e nas práticas ideais de 5.47 ± 1.86 , não se tendo verificado diferenças relevantes entre o implementado e o defendido.

Estes resultados levam-nos a interpretar que para os inquiridos o seu papel é dividido igualmente entre a intervenção direta com a criança e a consultoria à educadora, o que está distante das práticas recomendadas, que se exige mais de consultoria e intervenção direta pelo educador da sala. As conclusões apuradas por Velez (2016), no seu estudo, com o mesmo instrumento, são coincidentes com as nossas, sendo este o item com médias mais baixas e próximos do *descriptor* 5. Estes resultados podem dever-se ao facto de haver alguma resistência por parte dos profissionais em abandonar o papel de especialista e passar a parceiros da família (Teghetof, 2007). Também coincidente com o nosso estudo Mendes (2010), encontrou resultados na observação participada de práticas, em que grande parte do tempo era centrado em intervenções dirigidas à criança.

Comparando com o item “*papel do profissional (VD)*” encontramos valores médios relativamente mais altos (nos *descriptores* 5 e 7 nas práticas típicas e ideais, respetivamente), mas que ainda assim não se consideram como de consultoria colaborativa. Assim, nas práticas típicas, o seu papel é principalmente demonstrar à família técnicas de intervenção com a criança, o principal papel da família consiste em observar. Nas práticas ideais, o papel do profissional é prestar consultoria / coaching à família sobre competências funcionais da criança, mas não o de trabalhar de forma sistemática as necessidades ao nível da família. Portanto, na perceção do implementado encontramos o profissional a intervir diretamente com a criança e a família tem um papel passivo. Note-se que as PCF reconhecem a intervenção direta com a criança, por exemplo numa situação de modelação tendo a família a observar, prevendo-se de seguida um momento de reflexão pela família. Saliente-se ainda a escolha dos inquiridos nas práticas ideais pela consultoria/coaching, mas pela não inclusão das necessidades da família, o mesmo nos refere também no seu estudo Arroz (2015).

Estes resultados também podem ser fundamentos por vários estudos, nomeadamente Rantala, Uotinen e McWilliam (2009, *cit. in* Mendes 2010), quando mencionam que fortalecer o apoio domiciliário pode constituir uma forma de melhorar as práticas em intervenção precoce, apoiando as famílias nas suas rotinas diárias. Este tipo de apoio

tem vários benefícios como o facto de possibilitar que todas as famílias possam usufruir do mesmo sem ter que se deslocar; o ambiente natural constituir um local de excelência para prestar apoio à família e a investigação indicar que os profissionais que prestam serviços no domicílio usualmente “reportam” mais práticas recomendadas do que os que prestam serviços num centro (McWilliam, 2003; McWilliam, et al., 2000 *cit in*. Mendes, 2010). Nesta sequência temos estudos que referem a necessidade de examinar cautelosamente as estratégias de intervenção executadas nestes contextos, pois mesmo decorrendo no domicílio o centro da intervenção pode ser a criança (Peterson, et al., 2007 *cit. in* Mendes, 2010)

Ainda nesta linha de análise e de acordo com Almeida et al., (2011), o papel do profissional tem de ser o de ajudar os diversos cuidadores a reconhecer e utilizar as oportunidades naturais de aprendizagem que acontecem nas rotinas da vida diária visando o desenvolvimento da criança, que se ajusta em qualquer dos casos ao *descriptor* 9.

Quanto aos resultados obtidos nos itens relativos às VD (visitas domiciliárias) apuramos valores médios que, na globalidade, não diferem muito dos que respeitam aos contextos educativos formais (creche ou jardim de infância), que no nosso estudo aparecem com LI (local de integração). Estes dados contrapõem o referido, por exemplo, no estudo de Bairrão e Almeida (2003), que verificaram que os programas orientados para as crianças entre os zero e os dois anos se aproximam mais das práticas passíveis de encontrar noutros países, portanto, com maior intervenção domiciliária e em muitas situações com um envolvimento da família e certo cuidado em matéria de planeamento de serviços e recursos. Também Almeida (2004), refere mesmo que o trabalho desenvolvido pelos educadores com crianças dos 0 aos 3 anos tende a aproximar-se mais das práticas recomendadas. Consideramos também os estudos de Bairrão e Almeida (2003) e Mendes (2010), quando mencionam que, já os programas dirigidos às crianças entre os três e os cinco anos tendem a ter atributos mais centrados na criança.

Nesta análise de resultados e apesar de não termos verificado grandes diferenças nos valores atribuídos às práticas nos dois contextos naturais, gostaríamos de salientar os itens relativos à *definição de estratégias (LI)*, que na VD se designa *definição de estratégias de intervenção*. Nas práticas típicas deste último item apurámos valores mais elevados nas práticas típicas, no *descriptor* 7 e observamos, assim, um trabalho

mais colaborativo com a família, sendo a definição de estratégias o resultado da decisão sessão a sessão, essencialmente através de perguntas à família visando alcançar soluções em conjunto. O único senão desta escolha dos profissionais são estas não serem escritas nem deixadas à família. No local de integração (LI), verifica-se uma prática típica onde a colaboração não é tão visível, com os profissionais a definir as estratégias e a discutilas com a família na altura da realização do PEI e/ou PIIP.

Quanto à *implementação de estratégias*, portanto à intervenção, encontramos novamente este item na avaliação das práticas dos dois contextos e nestes não se verificam diferenças, tendo as duas o *descriptor 5* para as práticas típicas e o 7 para as práticas ideais. Desta forma, na generalidade, nas práticas típicas as estratégias são demonstradas aos prestadores de cuidados (família e pessoal da sala) e é discutido ou indicado como as utilizar durante a semana. Nas práticas ideais, as estratégias são implementadas pelos prestadores de cuidados durante a semana e na sessão de apoio o profissional pede à família que descreva e demonstre e dá-lhe sugestões (VD) ou são ajustadas pelo profissional na sessão de apoio. Novamente encontramos uma atitude de especialista pelo profissional e de não querer atribuir ou partilhar tomada ou poder de decisão aos prestadores de cuidados dos dois contextos.

Tendo por base estes resultados pode considerar-se o estudo de Ferreira (2017), que no seu estudo chegou a conclusões semelhantes quando refere que os profissionais de IPI consideram que deverão ser eles a implementar os objetivos/estratégias, comprovando estudos que refletem que os profissionais de IPI prestam sessões em que intervêm, direta e individualmente, com a criança, como nos sublinham também Mendes et al. (2010) e Mendes (2012). Situação contrária é apresentada por McWilliam (*cit. in* Ferreira, 2017), quando refere que tanto os profissionais como os prestadores de cuidados deverão participar na demonstração da estratégia, devendo ser respeitada a escolha da família na demonstração dos profissionais mas onde lhe é dada a oportunidade de o fazer também.

Na sequência também Buysse e Weasley (2005 *cit. in* Augusto et al., 2013), revelam que o profissional deve abandonar a intervenção direta com a criança e passar a efetuar uma intervenção indireta, assumindo o papel de agente facilitador, possuindo como parceiros a família e os educadores. Assim como Gonçalves (2018), no seu estudo e na procura de opiniões sobre a origem das discrepâncias, verificou uma maior atribuição

dos problemas, pelos profissionais, a aspetos relacionados com a família, nomeadamente a inaptidão de serem um indivíduo facilitador, entre outras razões. Podemos assim interpretar que há a necessidade de um papel facilitador quer da parte dos técnicos quer parte da família.

Continuando com a nossa análise e discussão, apresenta-se o quadro 8 que demonstra o perfil dos profissionais da RAM quanto às práticas típicas e ideais, de uma forma expositiva e mais pormenorizada.

Quadro 8 – Perfil dos profissionais da RAM quanto às práticas típicas e ideais

Itens da Escala de Avaliação das práticas típicas e ideais	Práticas típicas	Práticas ideais
1. Avaliação de Necessidades da Criança	A avaliação das necessidades é realizada através de entrevistas a pais e educadores e de observação. As rotinas diárias são tidas em conta, mas as necessidades são organizadas por domínios de desenvolvimento (e.g. motor, cognitivo)	A avaliação das necessidades é realizada através de entrevistas à família e aos educadores e de observação, e baseia-se na participação da criança nas rotinas e atividades diárias e em outras situações que
2. Necessidades da Família	As necessidades da família são identificadas com base num instrumento/ferramenta específico/a que inclui questões diretas à família sobre o que necessita/deseja mudar nas suas vidas e estas são tidas em conta no planeamento da intervenção.	As necessidades da família são identificadas com base num instrumento/ferramenta específico/a que inclui questões diretas à família sobre o que necessita/deseja mudar nas suas vidas e estas são tidas em conta no planeamento da intervenção.
3. Definição de objetivos	Os objetivos são definidos pela equipa com base nas necessidades identificadas pela família numa entrevista sobre as suas necessidades (da criança e da família) nas rotinas diárias	Os objetivos são definidos pela equipa com base nas necessidades identificadas pela família numa entrevista sobre as suas necessidades (da criança e da família) nas rotinas diárias
4. Objetivos da intervenção ao nível da criança	A maioria dos objetivos focam comportamentos que são imediatamente úteis para a participação da criança na sua rotina do dia a dia.	Todos os objetivos focam comportamentos que são imediatamente úteis para a participação da criança na sua rotina do dia a dia.
5. Avaliação dos objetivos	Os objetivos são avaliados pelos profissionais em conjunto com a família pelo menos uma vez por período letivo.	Os objetivos vão sendo avaliados pelo profissional em conjunto com a família ao longo das sessões
6. Trabalho em equipa	O trabalho com a família é realizado principalmente por um mediador de caso, mas outros profissionais fazem visitas separadas.	Um mediador de caso trabalha com a família tendo, sempre que necessário, o apoio de profissionais de outras disciplinas, mas não são realizadas visitas conjuntas.
7. Locais do apoio	Se a criança não está integrada o apoio é sempre realizado em casa e se a criança está integrada o apoio é sempre realizado no local de integração.	Se a criança não está integrada o apoio é sempre realizado em casa e se a criança está integrada o apoio é sempre realizado no local de integração.
8. Localização do apoio (LI)	Na maioria das vezes o apoio é realizado na sala de atividades da criança	Na maioria das vezes o apoio é realizado na sala de atividades da criança
9. Presença de Outras Crianças Durante o Apoio (LI)	Cerca de metade das vezes estão presentes outras crianças durante o apoio	Normalmente estão presentes outras crianças durante o apoio.
10. Contexto da Intervenção (LI)	Normalmente, o apoio é realizado como parte das rotinas e atividades a decorrer na sala de atividades	Normalmente, o apoio é realizado como parte das rotinas e atividades a decorrer na sala de atividades
11. Papel do Profissional (LI)	O seu papel é dividido igualmente entre a intervenção direta com a criança e a consultoria à educadora	O seu papel é dividido igualmente entre a intervenção direta com a criança e a consultoria à educadora
12. Definição de Estratégias (LI)	As estratégias são definidas pelos profissionais e discutidas com a família aquando da realização do PEI e/ou do PIIP	As estratégias são decididas na sessão em diálogo com a educadora (ou outro profissional da sala), mas não são escritas e deixadas com o pessoal da sala
13. Implementação de Estratégias (LI)	As estratégias são demonstradas ao pessoal da sala e é-lhes indicado como as utilizar durante a semana	As estratégias são implementadas pelo pessoal da sala durante a semana e ajustadas pelo profissional na sessão de apoio
14. Localização da intervenção e presença da família durante a intervenção (VD)	O apoio é sempre realizado em casa e a família está sempre presente no apoio. O papel da família consiste em observar e tirar dúvidas sobre o que observa	O local do apoio (casa ou comunidade) é decidido pela família de acordo com as suas necessidades e tanto a criança como a família estão sempre presentes no apoio
15. Papel do profissional (VD)	O seu papel é principalmente demonstrar à família técnicas de intervenção com a criança, o principal papel da família consiste em observar	O seu papel é prestar consultoria/coaching à família sobre competências funcionais da criança, mas não o de trabalhar de forma sistemática as necessidades ao nível da família
16. Definição de Estratégias de Intervenção (VD)	As estratégias são decididas sessão a sessão, principalmente através de perguntas à família, de modo a chegar a soluções em conjunto, mas não são escritas nem deixadas à família	As estratégias são decididas sessão a sessão, principalmente através de perguntas à família, de modo a chegar a soluções em conjunto, mas não são escritas nem deixadas à família
17. Implementação de estratégias (VD)	As estratégias são sugeridas e demonstradas à família na sessão de apoio e é discutido como as utilizar durante a semana	As estratégias são implementadas pela família durante a semana e na sessão de apoio o profissional pede à família que descreva e que demonstre e dá-lhe sugestões

Assim, e no que concerne ao “*trabalho em equipa*”, o outro item com maior discrepância, os valores das práticas típicas situam-se próximos do valor intermédio da escala, (5.37 ± 2.58) com respostas a variar entre o mínimo 1 e o máximo 9, sendo os valores das práticas ideais mais elevados e situados no *descriptor* 7. Como podemos atestar neste item as práticas não se situam no modelo centrado na família, visto que este requer um trabalho de natureza transdisciplinar.

O que verificamos nas práticas implementadas é um trabalho realizado principalmente por um mediador de caso, com outros profissionais a efetuar visitas separadas, portanto com vários profissionais a fazer intervenção com a criança/família, não se observando um verdadeiro trabalho de equipa transdisciplinar, com o mediador de caso a trabalhar com a família, tendo o suporte dos restantes profissionais que compõem a equipa, que podem se necessário efetuar com o mesmo visitas conjuntas (McWilliam, 2012b). Nas práticas ideais, de acordo com os valores médios obtidos, não existe concordância da amostra em relação ao item que reflete as PCF. Pensamos que tal pode dever-se às mesmas razões apresentadas por Almeida (2013), no seu trabalho, nomeadamente, inseguranças e incertezas desta forma de trabalho em equipa que solicita efetiva colaboração e transferência de papéis (Teghetof, 2007).

Tendo por base estes resultados, no que concerne ao “trabalho em equipa”, pode considerar-se também o estudo de Mendes (2010), quando nos refere que na análise das práticas implementadas verifica que a avaliação da criança é efetuada maioritariamente por mais do que um profissional da equipa.

Reportando-nos à *avaliação*, mais especificamente, *das necessidades da criança*, um dos itens em que a magnitude do efeito é pequena, apuramos valores médios, situados nos *descriptores* 7 e 9, que se inserem nas práticas ideais de consultoria colaborativa. Nas práticas típicas, segundo a sua perceção, os profissionais avaliam as necessidades das crianças através de entrevistas a pais e educadores e da observação, considerando as rotinas diárias, mas as necessidades são organizadas por domínios de desenvolvimento e não pela participação da criança nas rotinas e atividades diárias e outras reconhecidas pela família.

Estes resultados vão ao encontro do observado por Mendes (2010), relativamente à organização das necessidades por domínio de desenvolvimento, já que é referido que

são as escalas de desenvolvimento que predominam, entre outros instrumentos, na avaliação da criança.

Na “*avaliação dos objetivos*”, descobrimos valores médios inferiores aos do item anterior, onde mais uma vez se verifica o que julgamos ser a relutância dos profissionais em atribuir a tomada de decisão à família, concedendo alguma centralidade aos profissionais.

Considerando a avaliação na generalidade, Couto (2014), cujo estudo recaiu na pesquisa da perceção dos profissionais acerca do processo de avaliação, refere que os mesmos percecionaram a falta de uma planificação com a família nesta fase do processo, o que poderia impedir a definição dos objetivos de avaliação e a escuta da família.

Neste enquadramento, também Cabral (2006), menciona que o papel dos pais na avaliação é, essencialmente, o de prestar informações que complementem os dados da avaliação. É ainda focado que os profissionais assumem um papel de parceiros dominantes, não parecendo existir uma prática de *empowerment* das famílias.

Na “*definição de objetivos*”, tendo em conta os valores médios das duas práticas, são ou devem ser incluídas as necessidades identificadas pela família (da criança e da família) nas rotinas diárias, mas para os profissionais os objetivos devem ser definidos pela equipa e não pela família.

Corroborando os nossos dados encontramos Cabral (2006), que no seu estudo verificou que o planeamento da intervenção parece basear-se essencialmente na opinião dos profissionais.

Estes resultados contrariam o princípio defendido pela literatura, de que os objetivos devem ser eleitos pela família, a partir da informação reunida (Boavida et al., 2018), ou seja, deve ser a família a definir os objetivos que quer alcançar (Augusto, Aguiar & Carvalho, 2013).

Nesta linha de pesquisa também Velez (2016), no seu estudo evidencia que os profissionais de IPI podem olhar a avaliação como um procedimento mais especialista, o que poderá ter repercussões na definição de objetivos, já que estes poderão não coincidir com as necessidades da família.

Da mesma forma, no Projecto-piloto de Investigação-acção de Intervenção Precoce de Serrano, et al., (2010), recomendam um maior trabalho, a nível da definição de objetivos, do planeamento da intervenção e do trabalho com as famílias.

No que concerne aos “*objetivos da intervenção ao nível da criança*” este é um dos itens em que os profissionais de IP se apresentam mais em concordância com as práticas recomendadas, nomeadamente nas práticas ideais, considerando a importância de os objetivos focarem comportamentos que são imediatamente úteis para a participação da criança na sua rotina diária. Neste enquadramento, os profissionais estão em concordância com as práticas recomendadas, ainda que nas práticas que implementam refiram que só a maioria dos objetivos contempla estes comportamentos, pois solicitam-se objetivos funcionais, que compreendam a participação da criança, ou seja, o envolvimento, a independência e as relações sociais, tal como também nos demonstram Boavida et al., (2018).

Relativamente ao item relacionado com os *locais do apoio*, os valores médios obtidos correspondem a práticas, típicas e ideais, que refletem pouca flexibilidade para a escolha pela família do mesmo, já que os profissionais realizam e defendem que se a criança não está integrada, o apoio deve ser sempre em casa. Se está integrada o apoio realiza-se ou deve realizar-se sempre no local de integração.

Na *localização do apoio* (LI), observamos que nas práticas que os profissionais implementam, assim como nas que consideram ideais, na maioria das vezes o apoio é realizado na sala de atividades da criança, o que deixa a noção de que existem outros locais onde o apoio é realizado, fora do contexto natural.

Quanto ao *contexto da intervenção* (LI), este item apresenta valores médios que colocam as práticas típicas e ideais no mesmo descritor. Desta forma, os profissionais executam e defendem que o apoio é e deve ser normalmente realizado como parte das rotinas e atividades a decorrer na sala de atividades, o que nos leva a crer que noutras situações não será efetuado no decorrer das rotinas e atividades da sala e portanto não terá o educador da sala a intervir com a criança.

Resultados concordantes com os nossos foram encontrados nos estudos de Velez (2016), e McWilliam (2012b), quando revelam dificuldades dos profissionais na atividade nos

contextos naturais e nas rotinas da criança, visto que o seu papel se reparte entre a intervenção direta com a criança e a educadora.

No que se refere à *localização da intervenção e presença da família durante a intervenção* (VD), nas práticas típicas encontramos o apoio a ser efetuado sempre em casa, com a família sempre presente mas a assumir um papel de observador, podendo tirar dúvidas sobre o que observa. Nas práticas ideais os profissionais defendem que o local de apoio deve ser decidido pela família (casa ou comunidade) de acordo com as suas necessidades e tanto a criança como a família devem estar sempre presentes no apoio.

Estes resultados parecem indicar que as práticas implementadas e ideais não vão ao encontro das práticas recomendadas, segundo as quais a criança pode não estar presente, pois o aspeto central do apoio não é a intervenção direta com a criança mas a consultoria à família. O estudo de Mendes (2010), também procurou averiguar o contexto de intervenção e verificou que o apoio tanto é ministrado no domicílio, como na creche / jardim de infância, mas também na sede da equipa, ainda que não apenas para apoio direto às crianças e famílias, por isso consonante com os nossos resultados, ou seja, com apoio por vezes desenvolvido de forma descontextualizada.

No que respeita à *“presença de outras crianças durante o apoio-LI”*, apuramos valores médios que revelam que no apoio facultado cerca de metade das vezes estão presentes outras crianças durante o mesmo. Relativamente às práticas ideais, a amostra defende que normalmente devem estar outras crianças presentes durante o apoio.

Consideram-se aqui os estudos efetuados por Augusto (2012), Campbell e Halbert (2002), Dionísio (2009), Dunst e Bruder (2002), Rantala, Uotinen e McWilliam (2009), Moreira (2013) e Velez (2016), que nos revelaram a existência de divergências entre as práticas recomendadas e as implementadas ou as ideais e as típicas, ou seja, que as práticas implementadas habitualmente não condizem com as que consideram ideais o que também apuramos na nossa investigação.

Ainda nesta sequência, alguns estudos mencionam que a norma de respostas que obtivemos, como outras investigações, pode estar relacionada com a questão da desejabilidade social, isto é, os profissionais sabem antecipadamente que nos

instrumentos de avaliação do tipo Likert, como o do nosso estudo, os itens com valores mais elevados correspondem às práticas recomendadas, levando a uma fácil identificação das mesmas o que pode condicionar as respostas que conduzem às discrepâncias (McWilliam et al., 2007; Rantala et al., 2009).

Pertinente também o que nos referem Augusto et al., (2013), quando nos demonstram que subsistem diferentes aspetos, designadamente, uma grande discordância entre as práticas ideais mencionadas pelos profissionais de intervenção precoce e as suas práticas reais e que a planificação da intervenção e a tomada de decisões são realizadas pelos profissionais, ainda que a família faça certas sugestões. No nosso trabalho, os resultados obtidos remetem-nos igualmente para esta dificuldade em facultar a tomada de decisão à família em diferentes fases do processo.

Ainda nesta interpretação, considera-se Almeida (2009), que nos remete para a existência de dificuldades pelos profissionais em implementar práticas recomendadas internacionalmente, ainda que ao contrário do nosso estudo estes as identifiquem como tal, principalmente no que respeita à componente de participação da família. Também Mendes (2010) refere igualmente a presença de lacunas no que respeita à família, na implementação das práticas. Contrariamente, Franco e Apolónio (2008), concluíram haver alterações nas práticas que vão ao encontro dos princípios orientadores da IPI, designadamente um maior destaque na família como alvo de intervenção.

Neste enquadramento, e tendo em conta os resultados expostos anteriormente, podemos concluir que todos os itens apresentam valores mais elevados nas práticas ideais relativamente às típicas e as diferenças entre os valores médios na subescala das práticas típicas e na das ideais são estatisticamente significativas (tendo por base os resultados do teste de Wilcoxon), sendo assim **validada a hipótese 1** para a generalidade da amostra.

Relativamente ao objetivo inicialmente formulado *Aferir se as práticas dos diferentes profissionais, considerando a sua perceção das mesmas, traduzem práticas de intervenção precoce recomendadas internacionalmente, baseadas em modelos centrados na família e na comunidade*” e na sequência dos dados anteriormente apresentados e analisados, pensamos que, na generalidade, as práticas de intervenção

precoce dos diferentes profissionais não traduzem práticas recomendadas internacionalmente, ainda que as práticas ideais se apresentem mais próximas.

Tendo em conta o objetivo *Reconhecer variáveis sociodemográficas passíveis de estar associadas às perceções relativas às práticas típicas e ideais*, foram formuladas três hipóteses (**H2; H3 e H4**).

Com a hipótese 2 (**H2**) pretendemos averiguar se - *Existem diferenças entre as perceções acerca das práticas típicas e das práticas ideais quando tidas em conta as variáveis sociodemográficas de tempo total de serviço, tempo afeto à IPI e de concelho a que pertencem*.

Os quadros seguintes 9, 10 e 11, derivam do teste à hipótese supracitada, e deste modo comparam as médias obtidas nas subescalas de práticas típicas e de práticas ideais em função das variáveis acima referidas.

No quadro 9, observa-se a comparação das médias obtidas na subescala de práticas típicas em função do tempo total de serviço, do tempo afeto à IPI.

Quadro 9 - Comparação de médias obtidas nas práticas típicas em função do tempo total de serviço e do tempo afeto à IPI

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>U</i>	<i>d</i>
Tempo de serviço	Até 15 anos	33	6,43	1,17	449,00	0,24
	Mais de 15 anos	34	6,19	0,83		
Tempo afeto à IPI	Até 8 anos	34	6,43	1,06	459,00	0,25
	Mais de 8 anos	33	6,18	0,94		

Observando o quadro 9, verifica-se que, quando comparadas as médias obtidas nas práticas típicas tendo por base o tempo total de serviço e o tempo de serviço afeto à IPI, os diferentes inquiridos responderam com idêntico grau de concordância, com médias que variam entre os 6.18 e os 6.43. Desta forma, os resultados do teste de Mann-Whitney indicaram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas para as práticas típicas em função do tempo de serviço ($p = .16$) e do tempo afeto à IPI ($p = .20$).

No que concerne à subescala das práticas ideais, o quadro seguinte apresenta as médias obtidas nas variáveis em análise.

Quadro 10 - Comparação de médias obtidas nas práticas ideais em função do tempo total de serviço e do tempo afeto à IPI

		n	M	DP	U	d
Tempo de serviço	Até 15 anos	33	7,21	1,02	502,00	0,13
	Mais de 15 anos	34	7,07	1,08		
Tempo afeto à IPI	Até 8 anos	34	7,17	1,11	513,00	0,06
	Mais de 8 anos	33	7,11	0,99		

Analisando o quadro 10 e à semelhança dos dados obtidos no quadro anterior, obtivemos um similar grau de concordância nas médias obtidas na subescala de práticas ideais em função do tempo total de serviço e do tempo afeto à IPI, ainda que com valores mais elevados (com médias entre os 7.07 e os 7.21). Como tal, utilizando o teste de Mann-Whitney, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas para as práticas ideais em função do tempo de serviço ($p = .459$) e do tempo afeto à IPI ($p = .547$).

Estes resultados são concordantes com os de Velez (2016), que não encontrou influência do tempo total de serviço nem do tempo afeto à IPI sobre as perceções dos profissionais nas duas práticas. De modo idêntico Augusto (2012), não encontrou diferenças significativas nas duas práticas de acordo com o tempo de serviço, assim como Augusto, Aguiar e Carvalho (2013), não confirmaram diferenças significativas relativamente ao tempo de experiência em IPI.

Em oposição, Gonçalves (2018), no seu estudo encontrou diferenças significativas na avaliação das práticas típicas e ideais tendo em conta o tempo de serviço em IP. Salienta-se a diferença na constituição dos grupos (no estudo da autora, a divisão foi de menos e mais de três anos), mas ainda assim pensamos poder referir os resultados que obteve, onde se verificaram diferenças significativas, sendo que os profissionais com mais de três anos de experiência em IP avaliam as práticas mais positivamente. Igualmente Moreira (2013,) observou influências significativas na média da diferença entre ambas as práticas.

No entanto Mendes (2010), de forma geral não encontrou diferenças na autoavaliação da qualidade das práticas tendo em conta o tempo total de serviço nos diferentes níveis de atuação, verificando-se diferenças significativas em alguns padrões de qualidade, sendo os profissionais com menos de 10 anos de tempo de serviço a realizar autoavaliação como tendo práticas de melhor qualidade, considerando-se aqui também o estudo de Gronita et al (2011), quando nos demonstra que no processo de construção de boas práticas encontraram o mesmo rumo em que os profissionais com menos de seis anos de serviço apresentam respostas de valor mais elevado.

Podemos assim interpretar o mesmo que nos demonstra Mendes (2010), quando infere que estes resultados podem dever-se à frequência dos profissionais mais jovens, de formação inicial que inclua conteúdos programáticos onde as práticas recomendadas sejam parte integrante dos mesmos.

Resultados opostos foram apresentados na investigação efetuada por McWilliam e colaboradores (2000) quando apontam para melhores cotações nas práticas centradas na família e na importância atribuída às mesmas, por parte dos profissionais com maior tempo de serviço em intervenção precoce. Resultados similares foram conseguidos por Pereira e Serrano (2009) que observam melhores resultados nos profissionais com 10 ou mais anos de serviço em IP, tendo esta variável influências nas práticas.

Na sequência desta variável, consideramos pertinente, mesmo não fazendo parte do planeado inicialmente, verificar se a variável trabalho exclusivo ou não em IPI tinha influência nas perceções dos profissionais de IPI.

Quadro 11 - Comparação de médias obtidas nas práticas típicas em função do profissional trabalhar exclusivamente em IPI ou não

		n	M	DP	U	p
Trabalha exclusivamente em IPI	Sim	13	6,37	0,95	328.00	.715
	Não	54	6,29	1,03		

Quadro 12 - Comparação de médias obtidas nas práticas ideais em função do profissional

		n	M	DP	U	p
Trabalha exclusivamente em IPI	Sim	13	7,08	0,83	330.50	.745
	Não	54	7,15	1,10		

trabalhar exclusivamente em IPI ou não

De acordo com os resultados obtidos, verifica-se que nas práticas típicas a média é superior nos profissionais que trabalham exclusivamente em IPI. Quando analisamos as práticas ideais, a média é superior nos profissionais que não trabalham exclusivamente em IPI. Através do teste de Mann-Witney, verifica-se que não existem diferenças significativas entre as práticas típicas ($U=328.50$, $p=.715$) e as práticas ideais ($U=330.50$, $p=.745$).

Os nossos resultados estão de acordo com Velez (2016), que também não encontrou diferenças significativas entre as duas práticas.

Nesta sequência, fazemos referência a Martins (2017), que no seu estudo e na procura de averiguar os fatores que justificam a discrepância entre práticas típicas e práticas ideais, verificou que o trabalho a tempo inteiro ou a tempo parcial na IPI não era determinante na escolha dos profissionais dos fatores que justificam as discrepâncias entre as práticas. Somente apurou diferenças quanto à escolha do segundo maior fator extrínseco pelos profissionais de IPI. Desta forma, os que trabalham a tempo inteiro identificam os *Contextos educativos* como o fator de discrepância e os que trabalham a tempo parcial assinalam a *Falta de Recursos*.

No que se refere à variável “*localização geográfica ou concelho a que pertencem*” foram elaborados os quadros 13 e 14, que passamos a apresentar.

Quadro 13 - Comparação de médias obtidas nas práticas típicas em função da distribuição geográfica

		n	M	DP	X	p
Distribuição geográfica	CL e FX	26	6,18	0,97	4,927	0,177
	Mx e S Cruz	22	6,70	0,93		
	Norte	10	6,12	0,90		
	Oeste	9	5,93	1,25		

No que se refere às práticas típicas verificam-se valores ou médias próximas nas diversas sub-regiões (os diferentes concelhos foram agrupados para efeitos de análise estatística) que variam assim entre a média de 5.93 da zona oeste e a de 6.70 de Machico e Santa Cruz.

Quadro 14 - Comparação de médias obtidas nas práticas ideais em função da distribuição geográfica

		n	M	DP	X	p
Distribuição geográfica	CL e FX	26	6,98	0,94	3,064	0,382
	Mx e S Cruz	22	7,49	0,97		
	Norte	10	7,08	1,02		
	Oeste	9	6,81	1,44		

Nas práticas ideais igualmente encontramos valores próximos ou em concordância na amostra, tendo o valor mais baixo sido obtido pela zona oeste, como na prática típica, com média de 6.81 e o mais alto atingido por Machico e Santa Cruz, com média de 7.49. Com o objetivo de determinar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as práticas típicas e as práticas ideais em função da localização geográfica dos profissionais, os resultados do teste de Kruskal Wallis indicaram que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre as medianas, $\chi^2(3, n = 67) = 4,927$, $p = .177$ e $\chi^2(3, n = 67) = 3.064$, $p = .382$, respetivamente.

Contrariamente aos dados que obtivemos, Velez (2016), verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas tanto nas práticas típicas como nas ideais, em função das sub-regiões onde se situam as ELI, em que colaboram os participantes no estudo.

Tendo em conta os resultados expostos, podemos considerar que **não foi validada a hipótese dois (H2)** para a globalidade da amostra.

Mencionando o objetivo - *Reconhecer variáveis sociodemográficas passíveis de estar associadas às perceções relativas às práticas típicas e ideais* foi formulada a hipótese três (**H3**)- *Existem diferenças entre as perceções acerca das práticas típicas e das práticas ideais quando tidas em conta a variável de formação de base (educador especializado, professor especializado ou técnico)*, tendo sido elaborados os quadros abaixo 15 e 16.

Quadro 15 - Comparação de médias obtidas nas práticas típicas em função da formação de base dos profissionais

		n	M	DP	X	p
Formação de base	Educador	38	6,50	0,84	6,381	0,041
	Professor	10	6,60	1,05		
	Técnico	19	5,77	1,13		

No referente às práticas típicas é possível observar no quadro 15 que, ainda que este estudo se relacione com a intervenção precoce e por isso mais ligado aos educadores de infância, não são estes a atingir a média mais alta (6.50), são os professores que o fazem com uma média de 6.60, ainda que com pouca diferença. Os técnicos revelam a média mais baixa alcançando 5.77.

Quadro 16 - Comparação de médias obtidas nas práticas ideais em função da formação de base dos profissionais

		n	M	DP	X	p
Formação de base	Educador	38	7,30	0,95	2,058	0,357
	Professor	10	7,30	0,71		
	Técnico	19	6,74	1,28		

Observando o quadro 16, que apresenta a comparação das médias obtidas na subescala de práticas ideais em função da formação de base, apuramos que as médias dos educadores e dos professores é a mesma (7.30) e são novamente os técnicos a conseguir a média mais baixa com 6.74.

Visando determinar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as práticas típicas e as práticas ideais em função da formação de base dos profissionais, os resultados do teste de Kruskal Wallis indicaram que existe uma diferença estatisticamente significativa relativamente às percepções das práticas típicas mas não relativamente às percepções das práticas ideais $\chi^2(2, n = 67) = 6,381, p = .041$ e $\chi^2(2, n = 67) = 2,058, p = .357$, respetivamente.

Tendo por base estes resultados no que concerne à variável “formação de base dos profissionais”, pode considerar-se também o estudo de Mendes (2010), quando nos refere que não foram observadas modificações de significância em função do domínio profissional, mas nos poucos padrões de qualidade onde estas se verificaram foram os assistentes sociais e os terapeutas, que no nosso estudo se enquadram nos técnicos, a conferirem valores mais baixos às suas práticas, o que vem ao encontro do nosso estudo.

Os dados que obtivemos são nas práticas típicas concordantes com os obtidos por Pereira e Serrano (2009), que notaram diferenças significativas, sendo que neste estudo deram-se entre educadores de infância e psicólogos comparativamente com os seus colegas, tendo demonstrado melhores resultados nas diferentes fases das práticas centradas na família. Também Gonçalves (2018), encontrou diferenças significativas nas educadoras de infância na prática que consideram como ideal, relativamente a médicos e enfermeiros.

Ainda concordante com os nossos resultados consideramos Martins (2017), que no seu estudo não encontrou diferenças relacionadas com o grupo profissional, entre os fatores que os profissionais de IPI mais atribuem para justificar a discrepância entre práticas, mantendo-se os valores mais elevados nos *fatores extrínsecos* e nomeadamente referentes às *Famílias*. Da mesma forma, Velez (2016), tal como Augusto, Aguiar e Carvalho (2013), não descobriram diferenças estatisticamente significativas em função do grupo profissional/formação de base a que pertencem os profissionais inquiridos.

Resumindo, e relativamente à hipótese 3 (**H3**) consideramos que esta **não foi validada** pois a formação de base dos profissionais mostrou uma diferença estatisticamente significativa nas percepções das práticas típicas mas não aconteceu o mesmo nas práticas ideais.

Ainda no que respeita ao objetivo *Reconhecer variáveis sociodemográficas passíveis de estar associadas às perceções relativas às práticas típicas e ideais* foi formulada a hipótese quatro (**H4**) – *Existem diferenças entre as perceções acerca das práticas típicas e das práticas ideais quando tidas em conta as variáveis de periodicidade de reuniões de equipa e de supervisão*. Para o estudo da mesma, sentimos necessidade de subdividir em grupos a frequência da periodicidade para facilitar a análise estatística.

No que diz respeito à frequência das reuniões de equipa, os dados analisados foram subdivididos em três grupos de acordo com a periodicidade das reuniões indicadas pelos profissionais: periodicidade semanal e quinzenal, mensal e superior a mensal, como podemos observar nos quadros seguintes.

Quadro 17 - Comparação de médias obtidas nas práticas típicas em função da frequência de reuniões de equipa dos profissionais

		n	M	DP	X	p
Reuniões	Semanal e quinzenal	25	6,28	0,96	1,136	0,567
	Mensal	24	6,53	0,93		
	Superior a mensal	5	6,31	0,90		

Quadro 18 - Comparação de médias obtidas nas práticas ideais em função da frequência de reuniões de equipa dos profissionais

		n	M	DP	X	p
Reuniões	Semanal e quinzenal	25	7,01	0,90	1,27	.529
	Mensal	24	7,27	0,98		
	Superior a mensal	5	7,05	1,12		

Como se observa da análise dos quadros 17 e 18 que efetuam a comparação das médias obtidas nas subescalas de práticas típicas (com médias que variam entre os 6.28 e os 6.53) e de práticas ideais (atingindo médias entre os 7.01 e os 7.27) em função da frequência de reuniões de equipa, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente às perceções das práticas típicas $\chi^2 (2, n = 54) = 1,136, p = 0,567$ nem às das práticas ideais $\chi^2 (2, n = 54) = 1,275, p = 0,529$.

Tendo por base estes resultados também Martins (2017), no seu estudo verificou que a frequência com que têm reuniões não foi relevante para a existência de diferenças nos fatores atribuídos à discrepância entre as práticas, com exceção dos profissionais que têm reuniões três vezes por mês que atribuíram às características das crianças os fatores justificativos para as discrepâncias ao invés de às famílias. Nos fatores intrínsecos, foram apenas as reuniões com frequência superior a mensal, designada no estudo da mesma autora como outra, que apresentam diferenças recaindo a escolha nas práticas já interiorizadas pelos mesmos, tendo os restantes escolhido os conhecimentos de IPI.

Nesta linha de interpretação Velez (2016), na sua investigação achou diferenças estatisticamente significativas nas percepções das práticas típicas e nas das práticas ideais, sendo que o maior número de frequência de reuniões foi relacionado com a percepção de práticas típicas e ideais mais próximas da consultoria colaborativa, o que segundo a autora vem realçar o peso da articulação da informação e de trabalho transdisciplinar.

Assim, desta análise de resultados também consideramos que as reuniões de equipa são importantes, pois como também refere (Arroz, 2015), estas possibilitam aos profissionais de IPI ponderar e debater casos, conjuntamente, tendo em conta os princípios que norteiam a IPI, de um modo colaborativo.

Considerando agora as percepções das práticas típicas e ideais dos profissionais em função da periodicidade das reuniões de supervisão, os dados foram subdivididos em dois grupos: reuniões de supervisão até um mês e superior a um mês, conforme quadros 19 e 20 seguintes.

Quadro 19 - Comparação de médias obtidas nas práticas típicas em função da periodicidade das reuniões de supervisão

		n	M	DP		p
Supervisão	Até mensal	11	7,01	0,87	41,000	0,082
	Superior a mensal	13	6,42	0,77		

Quadro 20 - Comparação de médias obtidas nas práticas ideais em função da periodicidade das reuniões de supervisão

		n	M	DP		<i>p</i>
Supervisão	Até mensal	11	7,34	0,69	63,500	0,649
	Superior a mensal	13	7,44	0,88		

Observa-se nos quadros 19 e 20 que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente às perceções das práticas típicas e práticas ideais.

Estes resultados vão ao encontro do estudo de Martins (2017), que na sua investigação também não observou diferenças significativas alusivas à frequência de supervisão, mantendo-se a predominância na justificação da discrepância entre práticas nos *Factores extrínsecos*.

Contrariamente, Velez (2016) no seu estudo, descobriu diferenças estatisticamente significativas nas duas práticas.

Relativamente aos dados apresentados nos quadros, 19 e 20, gostaríamos de salientar o número de inquiridos que respondeu a esta pergunta – 24 num total de 67. Este facto pode levar-nos a fazer a inferência de que esta prática não existe e de certeza não é uniforme, pois dentro do mesmo concelho as respostas também não são consensuais, com respostas díspares ou omissão de resposta.

Nesta sequência salientamos o estudo de Cabral (2006), realizado na RAM, sobre a supervisão dos profissionais sendo um dos aspetos menos valorizados pelos profissionais inquiridos na altura. Na investigação de Pereira (2009), a Madeira, mais propriamente o Funchal, entre outros, destacou-se de modo positivo, na maioria das fases das práticas centradas na família relativamente a outros distritos estudados e uma das razões consideradas pela investigadora em conjunto com a orientadora, depois de ouvidos os responsáveis dos projectos de IP, para a obtenção destes resultados é relacionada com o facto de os profissionais incorporarem um projeto de investigação – ação em intervenção precoce que tinha como objetivos a formação e supervisão dos diferentes profissionais envolvidos. Este *Projecto - Piloto de Investigação – Acção de Intervenção Precoce* desenvolvido na Região Autónoma da Madeira entre 2005 e 2010,

com coordenação científica da Doutora Ana Maria Serrano e dinamizado pela extinta Direção Regional de Educação Especial e Reabilitação refere a existência de supervisão como tendo um impacto muito positivo quer ao nível dos supervisores, quer dos supervisionados, recomendando a sua continuidade. Assim, o fazemos nós também porque pode ter sido um dos fatores determinantes para a mudança positiva de resultados obtidos, do estudo de Cabral (2006) para o de Pereira (2009) e do Projeto – piloto (2010) referido.

Uma vez que a supervisão na literatura, é considerada como um dos meios através do quais os profissionais, com formação em diferentes áreas e provenientes de diversos serviços, podem desenvolver-se e fortalecer competências importantes e requeridas para a implementação de práticas de qualidade em intervenção precoce na infância como nos referem vários estudos nomeadamente, Santos (2007 *cit. in* Carvalho et al, 2018), quando nos remetem para a importância da capacitação e o *empowerment* dos profissionais e famílias.

Em suma, tendo em conta a hipótese formulada (**H4**), verificamos que a mesma **não foi validada**, pois não se verificam diferenças estatisticamente significativas, portanto a frequência de reuniões de equipa e periodicidade de reuniões de supervisão não têm influência na perceção dos profissionais relativamente às duas práticas.

Assim, em linha com muitos resultados que propõem a mesma inconsistência e tendo por base o objetivo *Reconhecer variáveis sociodemográficas passíveis de estar associadas às perceções relativas às práticas típicas e ideais* as variáveis apresentadas, divulgam, uma relação pouco explicativa das perceções. O que nos leva a concluir pela sua reduzida importância nas práticas de intervenção precoce, sendo que apenas a formação de base obteve diferenças estatisticamente significativas nas práticas típicas.

Relativamente ao objetivo *Verificar a existência de práticas de consultoria colaborativa*, elaboramos o quadro 21 com as percentagens respeitantes às escolhas dos profissionais nos valores 8 e 9, portanto os valores mais altos, que consideramos como de consultoria colaborativa, de práticas centradas na família.

Quadro 21 - Percentagem de profissionais que consideram a Prática típica e ideal nos valores “8 e 9”

Item	Típica	Ideal
	%	
1. Avaliação de Necessidades da Criança	64,2%	76,1%
2. Necessidades da Família	77,6%	97,0%
3. Definição de Objetivos	19,4%	32,8%
4. Objetivos da Intervenção ao nível da criança	64,2%	74,6%
5. Avaliação dos Objetivos	4,5%	20,9%
6. Trabalho em Equipa	29,9%	67,2%
7. Locais do apoio	29,9%	55,2%
8. Localização do Apoio (LI)	26,6%	35,8%
9. Presença de Outras Crianças durante o apoio (LI)	25,0%	35,9%
10. Contexto da Intervenção (LI)	35,9%	54,7%
11. Papel do Profissional (LI)	3,1%	14,1%
12. Definição de estratégias (LI)	14,1%	29,7%
13. Implementação de Estratégias (LI)	29,7%	56,3%
14. Localização da Intervenção e presença da família durante a intervenção (VD)	7,1%	28,6%
15. Papel do Profissional (VD)	35,7%	57,1%
16. Definição de Estratégias de Intervenção (VD)	21,4%	57,1%
17. Implementação de Estratégias (VD)	14,3%	50,0%

Como podemos verificar da observação do quadro 21, no que respeita às práticas típicas são apenas três os itens que ultrapassam os 60%, designadamente *Necessidades da Família* com a percentagem mais alta, seguido da *Avaliação das Necessidades da criança* e dos *Objetivos da intervenção ao nível da criança*. Os restantes catorze itens apresentam valores que não ultrapassam os 36%, encontrando-se a grande maioria no espaço que decorre entre os 30% e os 20%. Saliente-se a existência de três itens que não alcançam os 10%.

Resumindo, no que respeita aos valores atingidos nas práticas típicas observamos que a perceção dos profissionais relativamente às mesmas, logo ao trabalho que realizam diariamente, encontra-se bastante aquém das práticas recomendadas, ou seja, não vão ao encontro do que podemos considerar como práticas de consultoria colaborativa, práticas

centradas na família. Nos três itens com valores mais elevados existem 35,8% de profissionais que em dois deles não implementam as práticas reconhecidas como o conceito de prática ideal da escala.

Quanto às práticas ideais, com a percentagem mais elevada e bem próxima da pontuação máxima encontramos um item, nomeadamente, *Necessidades da família* (97%). Com valores situados na casa dos 70% e dos 60% deparamo-nos com três itens: *Avaliação de necessidades da criança* (76,1%); *Objetivos da intervenção ao nível da criança* (74,6%) e *Trabalho em equipa* (67,2%). É de notar que a grande maioria dos itens tem percentagens na casa dos 50% (onde apuramos 6 itens) e abaixo dos 50%, mais propriamente na casa dos 30% e dos 20% (7 itens). O *papel do profissional – LI* apenas atingiu os 14,1%.

Desta forma, o nosso estudo apurou dados contrários ao estudo de Gonçalves (2018), que encontrou grande correspondência entre o conceito de prática ideal dos técnicos e o conceito de prática ideal da escala, com exceção do item *Resultados/Objetivos individuais* da Finesse II e portanto o reconhecimento de que as práticas recomendadas são igualmente as que os técnicos consideram como ideais.

Também o estudo de Ferreira (2017), obteve resultados que parecem apontar que os profissionais de IPI, apesar de encetarem a interiorizar algumas práticas colaborativas como ideais, ainda relatam como ideais práticas que traduzem: um modelo de trabalho especialista; uma dificuldade em trabalhar de modo transdisciplinar; uma limitação do envolvimento e participação da família durante o processo e uma dificuldade na intervenção em contextos naturais com tendência para intervir diretamente com a criança.

Tendo ainda por base os nossos resultados parece-nos importante salientar o investigado no estudo de Gonçalves (2018), relativamente à origem das discrepâncias entre práticas. Assim, e pelos dados por nós obtidos parece-nos que a principal razão para nas práticas ideais encontrarmos grandemente valores relativamente baixos, será o que a autora supracitada denominou no seu estudo de *Discordância com o modelo*, ou seja, grande parte dos profissionais que participou no nosso estudo não concorda com as práticas recomendadas internacionalmente, ou que estas sejam as mais adequadas, o que nos leva a crer que ainda defende práticas mais centradas na criança, daí, por exemplo, os

valores baixíssimos nas duas práticas no que ao *Papel do profissional* diz respeito, visto que este é um elemento-chave na mudança de paradigma.

Podemos assim interpretar à luz da revisão da literatura que este afastamento entre as práticas ideais e as recomendadas tem a ver com as crenças e os valores que cada profissional perfilha e desta forma, mais facilmente implementarão práticas que estejam de acordo com as suas crenças e não com o facto de serem as recomendadas. Os profissionais para as utilizarem na sua prática terão de as interiorizar como ideais para o trabalho que desenvolvem. Deste modo, a formação contínua ou em serviço, a divulgação das práticas recomendadas, a divulgação dos ganhos atingidos com as mesmas aos profissionais em exercício na área são determinantes para a mudança.

IV - CONCLUSÃO

A revisão da literatura realizada procurou fazer o enquadramento legal e a contextualização teórica dos princípios que norteiam ou deviam nortear a intervenção precoce na infância e as suas práticas.

Com este trabalho, pretendeu-se fazer a caracterização dos serviços de intervenção precoce da Região Autónoma da Madeira e essencialmente avaliar as perceções das práticas típicas e ideais dos profissionais a exercer funções nesta área.

Neste contexto, apresentamos as conclusões deste estudo, suportadas nos resultados apurados, enquadrando-os nos objetivos delineados.

Relativamente ao primeiro objetivo, aferir se as práticas dos diferentes profissionais, considerando a sua perceção das mesmas, traduzem práticas de intervenção precoce recomendadas internacionalmente, baseadas em modelos centrados na família e na comunidade, na generalidade, os resultados deste estudo demonstram evidências de práticas típicas e ideais que não vão ao encontro das práticas recomendadas internacionalmente. Encontramos um item “necessidades da família” que revela resultados médios superiores nas duas práticas próximos das recomendadas, contrastando com o item “papel do profissional (LI)” que apresenta valores médios inferiores em ambas as práticas.

Na generalidade, dos dados obtidos podemos referir que observamos o que nos parece ser alguma relutância dos profissionais inquiridos em “abandonar” a intervenção direta com a criança, exercendo mais consultoria e em “abandonar” o papel de especialista e passar a agente facilitador ou parceiro da família. Esta atitude de especialista pelo profissional e de não querer atribuir ou partilhar a tomada ou poder de decisão aos prestadores de cuidados foi encontrada nos dois contextos – Visita Domiciliária (VD) e Local de Integração (LI), sendo que em diversos estudos as VD apresentaram resultados mais condizentes com as práticas recomendadas, o que não se verificou no nosso estudo já que os resultados aferidos não diferiram muito um do outro.

No nosso estudo confirmamos o estipulado como hipótese (H1) de que existiriam diferenças entre as perceções das práticas consideradas típicas e ideais, sendo que as

ideais obteriam valores mais elevados do que as percepções das práticas típicas, tendo sido validada a referida hipótese.

No que respeita ao segundo objetivo, reconhecer variáveis sociodemográficas passíveis de estar associadas às percepções relativas às práticas típicas e ideais, atestamos que das variáveis consideradas a grande maioria não teve influência nas percepções das práticas típicas e ideais da amostra. Deste modo, o tempo de serviço em geral, o tempo de serviço afeto à IPI, a distribuição geográfica dos participantes, o trabalho exclusivo em IPI ou não, a periodicidade das reuniões de equipa e a frequência das reuniões de supervisão não apresentaram diferenças estatisticamente significativas relativamente às percepções das práticas típicas e das práticas ideais, o que conduziu à não validação das H2 e H4. A única exceção deu-se na variável formação de base, sendo que verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas práticas típicas mas não nas práticas ideais, não tendo sido igualmente validada a H3.

Com o terceiro objetivo pretendeu-se verificar a existência de práticas de consultoria colaborativa. Do obtido podemos afirmar que a maioria dos itens encontra-se afastada de práticas de consultoria colaborativa. Desta forma, nas práticas típicas dos dezassete itens avaliados, apenas três alcançaram resultados positivos, tendo-se registado uma melhoria nas práticas ideais. Nestas apuramos sete itens com valores abaixo dos 50% e dez acima dos 50%, sendo que destes últimos, seis encontram-se na casa dos 50%, o que nos permite inferir, nomeadamente, alguma discordância dos profissionais inquiridos com este modelo, com as práticas centradas na família e na comunidade.

De modo a contrariar estes dados pensamos interessante afirmar a relevância da implementação de formação aos profissionais, alusiva aos princípios orientadores da IPI, com demonstração da sua eficácia e de supervisão, aspetos que nos parecem ter sido anteriormente importantes para a obtenção de resultados mais positivos na RAM.

Chegados ao final, consideramos pertinente indicar as limitações reconhecidas no desenvolvimento do mesmo. Relativamente à amostra, um número mais abrangente de respostas permitiria dados mais aprofundados da realidade da intervenção precoce na Região Autónoma da Madeira ou a garantia de uma amostra mais representativa do universo estudado.

Outra limitação deste trabalho prende-se com o facto de este estudo centrar-se apenas nas percepções, sendo que seria interessante verificar de que modo as práticas são verdadeiramente implementadas, através da sua observação cuidadosa, como salienta Pimentel (2005). Observação que poderia servir de base à formação e supervisão, logo num contexto de investigação-ação.

Investigações futuras

Seria interessante no futuro perceber as razões das discrepâncias entre as percepções das práticas ideais e das práticas recomendadas baseadas na evidência.

Bibliografia

Agência Europeia para o Desenvolvimento da Educação especial, 2009. *Princípios-Chave para a Promoção da Qualidade na Educação Inclusiva – Recomendações para Decisores Políticos*, Odense, Denmark: European Agency for Development in Special Needs Education

Almeida, I. C. (2004). Intervenção precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade? *Análise Psicológica*, 1(22), p. 65-72.

Almeida, I. C. (2009). *Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação.

Almeida, C. (2013) *Transdisciplinaridade em Intervenção Precoce na Infância – Perceção de uma Equipa Local de Intervenção*. Tese de mestrado. Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa, Portugal.

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

Araújo, S. L. S. & Almeida, M. A. (2014). *Contribuições da consultoria colaborativa para a inclusão de pessoas com deficiência intelectual*. *Revista Educação Especial ufsm* v, 27 nº 49 maio/ago.

Arroz, A. B. N. (2015). *Práticas de intervenção precoce na infância: quem faz o quê, onde e como?*. Tese de mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas Sociais e da Vida, Lisboa, Portugal.

Augusto, H. (2012). *Práticas atuais e ideais em Intervenção Precoce no Alentejo: Perceções dos Profissionais*. Tese de mestrado. Instituto Superior de Educação e Ciências, Lisboa, Portugal.

Augusto, H., Aguiar, C., & Carvalho, L. (2013). Práticas atuais e ideais em intervenção precoce no Alentejo: Perceções dos profissionais. *Análise Psicológica*, 1(XXXI), pp. 49-68

Bairrão, J., & Almeida, I. C. (2003). Questões actuais em intervenção precoce. *Psicologia*, 17, 15-29.

Boavida, T. & McWilliam, R. A. (2014). O Modelo de Intervenção Precoce Baseada nas Rotinas. In *Actas do IX Congresso Iberoamericano de Psicologia/2º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Lisboa, 9-13 Setembro 2014* (pp. 1491-1499). Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Boavida, T. & McWilliam, R. (2015). Comunicação efetuada, com descrição do modelo de Intervenção Precoce Baseada nas Rotinas. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/283461785_O_Modelo_de_Intervencao_Precoce_Baseada_nas_Rotinas

Boavida, T., Aguiar, C., & McWilliam, R. A. (2015). Serviços de intervenção precoce na infância em Portugal: Inquérito nacional (Instrumento não publicado). ISCTE-IUL, Lisboa

Boavida, T., Aguiar, C., McWilliam, R. A. (2018). A intervenção precoce na infância e os contextos de educação de infância. In: Fuertes, M., Nunes, C., Lilo, D. e Almeida, T. (coord.) *Teoria, Práticas e Investigação em Intervenção Precoce*. Lisboa: CIED

Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do Desenvolvimento humano. Tornando os seres humanos mais humanos*. Porto Alegre: Artmed.

Bruder, M. B. (2012). Coordenação de serviços de apoio às famílias. In R. A. McWilliam (Ed), *Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais* (pp. 107-142). Porto: Porto Editora

Cabral, A. L. N. (2006). *Contributos para o estudo das práticas de intervenção precoce na Região Autónoma da Madeira*. Tese de mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Campbell, M., & Halbert, J. (2002). Between research and practice: Provider perspectives on early intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 22(4), 213- 226.

Carvalho, L., Almeida, I. C., Felgueiras, I., Leitão, S., Boavida, J., Santos, P. C., ... Franco, V. (2018). *Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância: Um guia para profissionais*. Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce - ANIP.

Costa, C. M. F. (2017). *Práticas centradas na Família e os Resultados Familiares: Avaliação de Práticas de Intervenção precoce na perspetiva da Família*. Universidade do Minho: Instituto de Educação, Braga, Portugal.

Couto, D. P. S. (2014). *Práticas das Equipas Locais de Intervenção no processo de avaliação das crianças referenciadas para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*. Tese de mestrado. Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Decreto Legislativo Regional n.º 33/2009/M. Diário da República – 1ª Série nº 252 - 31 de Dezembro de 2009, pp.8830-8850.

Decreto-Lei n.º 3/2008. Ministério da Educação. Diário da Republica, 1ª Série n.º 4 – 7 de janeiro de 2008, pp. 154–164.

Decreto-Lei n.º 281/2009. Diário da República - 1ª Série n.º 193 – 6 de outubro de 2009, pp. 7298-7301.

Decreto-Lei n.º 54/2018. Diário da República – Diário da República, 1ª Série n.º 129 – 6 de julho de 2018, pp. 2918-2928.

Dionísio, S. (2009). *A Intervenção precoce nos ambientes naturais - os técnicos do projeto integrado de intervenção precoce do distrito de Coimbra* (Dissertação de Licenciatura não publicada). Universidade do Algarve - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Departamento de Psicologia, Faro.

Dunst, C. J. (2000). Revisiting "Rethinking Early Intervention". *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 95-104.

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

Dunst, C. J., & Bruder, M. B. (2002). Valued outcomes of service coordination, early intervention, and natural environments. *Exceptional Children*, 3, 361-375.

Ferreira, A. R. P. (2017). *Perceção dos profissionais de Intervenção Precoce na Infância acerca das práticas ideais no contexto português: Modelo colaborativo ou especialista?* Tese de mestrado. ISCTE-IUL, Lisboa.

Finelli, L. A. C., Sousa, E. M., Silva, G. F. (2015). *Consultoria Colaborativa: uma proposta de Intervenção Escolar*. Rev. De Estudios e Investigación en Psicología Y Educación [online]. 2000, vol. Extr. n.2, A2 -070- 073. Disponível em < >.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à Realização*. Loures: Lusociência.

Franco, V., & Apolónio, A. (2008). *Avaliação do impacto da intervenção precoce no Alentejo: Criança, família e comunidade*. Évora: Administração Regional de Saúde.

Gonçalves, B. (2018). *Práticas Típicas e Ideais em Intervenção Precoce: O ponto de vista dos profissionais das Equipas Locais de Intervenção do distrito do Porto*. Tese de mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação: Universidade do Porto, Porto.

Graça, P. R. de M. (2013). *Aferição para a população portuguesa da Escala do Desenvolvimento: Ages & Stages Questionnaires (ASQ-3) dos 30 aos 60 meses*. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho: Instituto da Educação, Braga, Portugal.

Gronita, J. J. C. (2014) *Contributos para a Análise de Modelos Organizativos de Intervenção Precoce na Infância em Portugal*. Tese de Doutoramento. Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.

Gronita, J., Matos, C., Pimentel, J. S., Bernardo, A. C., & Marques, J. D. (2011). *Intervenção precoce: O processo de construção de boas práticas*. Fundação Calouste

Gulbenkian, Lisboa. Disponível em
<<https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/7364>>

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

Lopes, S. C. G. (2013) *Aferição para a população portuguesa da Escala do Desenvolvimento: Ages & Stages Questionnaires (ASQ-3) dos 2 aos 12 meses*. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho: Instituto de Educação, Braga, Portugal.

Maia, M. F. S. C. (2012). *A Intervenção Precoce nas Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral: Perceções das Famílias, dos Profissionais e dos Diretores de Serviço*. Universidade do Minho: Instituto de Educação

Marinil, B. P. R., Lourenço, M. C., Barba, P. C. S. D. (2018). A perspetiva brasileira das acções de intervenção precoce na infância. In: In: Fuertes, M., Nunes, C., Lilo, D. e Almeida, T. (coord.) *Teoria, Práticas e Investigação em Intervenção Precoce*. Lisboa: CIED

Martins, T. I. R. (2017). *Discrepância entre práticas típicas e ideais em intervenção precoce na infância: percepção dos profissionais das equipas locais de intervenção em Portugal*. Tese de Mestrado. ISCTE-IUL, Lisboa.

McWilliam, R. A. (2012a). Avaliar as necessidades das famílias através de uma entrevista baseada nas rotinas. In R. A. McWilliam (Ed), *Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais* (pp. 39-72). Porto: Porto Editora.

McWilliam, R. A. (2012b). Visitas domiciliárias de apoio. In: R. A. McWilliam (Ed) *Trabalhar com Famílias de Crianças com Necessidades Especiais* (pp.). Porto: Porto Editora

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., Rasmussen, J. L., & Snyder, P. (2007). *Measuring services to families in natural environments*. Unpublished manuscript. Vanderbilt University, Nashville, TN.

McWilliam, R.A., Snyder, P., Harbin, G. L., Porter, P., & Munn, D. (2000). Professionals' and families' perceptions of family-centered practices in infant-toddler services. *Early Education & Development*, 11(Special Issue: Families and Exceptionality), 519-538.

Mendes, A. L. B. (2012). *Construção de boas práticas em intervenção precoce*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Educação e Ciências, Portugal.

Mendes, M. E. S. T. (2010). *Avaliação da qualidade em intervenção precoce: práticas no distrito de Portalegre*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Mendes, E., Pinto, A. I., & Pimentel, J. S. (2010). Qualidade das práticas em intervenção precoce: Uma prioridade. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 3009-3023. Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Moreira, M. C. (2013). *Percepção dos profissionais da intervenção precoce de Coimbra: práticas típicas e práticas ideais*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Coimbra, Portugal.

Pereira, A. P. S. (2009). *Práticas Centradas na Família em Intervenção Precoce: Um Estudo Nacional sobre Práticas Profissionais*. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Pereira, A. P., & Serrano, A. M. (2009). *Práticas centradas na família em intervenção precoce: Um estudo nacional sobre práticas profissionais*. Atas do X congresso internacional galego-português de psicopedagogia (pp. 4589- 4604). Braga: Universidade do Minho.

Pimentel, I. M. C. (2013). *O contributo do Portefólio para as aprendizagens dos alunos do 1º Ciclo do Ensino Básico*. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal.

Pimentel, J. S. (1997). *Um Bebé Diferente. Da Individualidade da Interação à Especificidade da Intervenção*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com deficiência, Lisboa.

Pimentel, J. S. (2005). *Intervenção focada na família: Desejo ou realidade – Percepções de pais e profissionais sobre as práticas de apoio precoce a crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração da Pessoa com Deficiência.

Pimentel, Correia & Marcelino (2011). *A avaliação das práticas como contributo para a promoção da qualidade dos programas de intervenção precoce*. *Análise Psicológica* (XXIX) 47-65

Quivy, R. e Campenhouudth, L. (2005). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Grávida Publicações Lda.

Quivy, R. Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (5ªEd.). Lisboa: Gradiva.

Rantala, A., Uotinem, S., & McWilliam, R. A. (2009). *Providing early intervention within natural environments: A cross-cultural comparison*. *Infants & Young Children*, 22(2), 119-131.

Sameroff, A. J.& MacKenzie, M. J. (2003). *A quarter century of the transactional model of child development: How have things changed?* *Zero to three*, 24, 14-22.

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

Serrano, A. M.; Camacho, M. J.; Gonçalves, G.; Abreu, F. (2010). *Projecto-piloto de investigação-acção em intervenção precoce na Direcção Regional de Educação Especial e Reabilitação*. In: *Revista Diversidades* n.º 29

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

Velez, A. C. D. (2016). *Práticas típicas e práticas ideais de consultoria colaborativa em Intervenção Precoce na Infância: percepções dos profissionais*. Lisboa: ISPA

<https://www.madeira.gov.pt/dre/Estrutura/Recursos-Especializados/Acompanhamentos->

[Específicos/Intervenção-Precoce-na-Infância](#)

<http://www02.madeira-edu.pt/dre/Documentos.aspx>

ANEXOS

ANEXO I

Questionário de Dados Demográficos

Dados Demográficos

Gostaríamos de lhe colocar algumas questões sobre si e sobre o seu trabalho para nos ajudar a interpretar os resultados de acordo com as experiências dos participantes.

1. Concelho a que pertence: (assinale com um círculo)

1 Santa Cruz

2 Funchal

3 Machico

4 Santana

5 Porto Moniz

6 São Vicente

7 Calheta

8 Ponta do Sol

9 Ribeira Brava

10 Câmara de Lobos

11 Porto Santo

2. O seu sexo: (assinale com um círculo)

1 Feminino

2 Masculino

3. Idade: ____

4. Profissão: (assinale com um círculo)

1 Educador(a) Especializado(a)

2 Professor(a) Especializado(a)

3 Técnico

4 Outro. Qual: _____

5. Formação académica mais elevada que completou: (assinale com um círculo)

- 1 Bacharelato
- 2 Licenciatura
- 3 Mestrado Integrado
- 4 Pós-graduação
- 5 Mestrado
- 6 Doutoramento

6. Na sua formação de base (antes de iniciar a sua vida profissional) teve alguma cadeira específica sobre crianças com incapacidades ou em intervenção precoce na infância? (assinale com um círculo):

- 1 Não
- 2 Sim

Nome da cadeira ou conteúdos: Nº de horas (+/-)

7. Fez alguma formação específica, após iniciar a sua vida profissional, no trabalho com crianças com incapacidades ou em intervenção precoce na infância? (assinale com um círculo)

- 1 Não
- 2 Sim

Nome da formação ou conteúdos: Nº de horas (+/-) Ano

8. Trabalha em Intervenção Precoce a tempo inteiro?

- 1 Não. %(+/-) de tempo que trabalha em Intervenção Precoce:_____

2 Sim

9. Quantas horas por semana trabalha em Intervenção Precoce? _____

10. Trabalha em mais do que um Centro de Recursos Educativos Especializados (CREE)? (assinale com um círculo)

1 Não

2 Sim. Em quantos? _____

11. Qual o número médio de crianças/famílias que apoiou por semana nos passados 12 meses? _____

12. Qual a percentagem de crianças que apoiou nos últimos 12 meses com as seguintes características? (Total = 100%)

1 Crianças entre os 0 e os 36 meses..... _____%

2 Crianças entre os 3 e os 5 anos..... _____%

3 Crianças com mais de 5 anos..... _____%

13. Quantos anos de serviço tem no total? _____ e em IPI? _____

14. Qual é a frequência das reuniões da vossa equipa? (assinale com um círculo):

1 Semanal

2 Quinzenal

3 Mensal

4 Outra. Qual? _____

15. Qual é a duração das vossas reuniões de equipa? _____

16. Com que frequência a vossa equipa tem supervisão? _____

ANEXO II

Secção II do Inquérito Nacional - Escala de Avaliação de Práticas Típicas e Ideais de intervenção precoce na infância

CIS-IUL
ISCTE-INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA

Reservado à Equipa de Investigação
N.º do Grupo _____
ID Questionário _____

Serviços de Intervenção Precoce na Infância em Portugal

Inquérito nacional

Título do Estudo: Desenvolvimento Profissional - Consultoria Colaborativa em Intervenção Precoce na Infância
Investigadora Responsável: Tânia Boavida
Investigadores (Orientadores): R.A. McWilliam, Cecília Aguiar
Financiamento: Fundação para a Ciência e a Tecnologia (SFRH/BPD/108571/2015)
Instituição: CIS-IUL, ISCTE-IUL

Caro Profissional, com este inquérito pretendemos fazer um retrato nacional dos serviços de Intervenção Precoce na Infância, através da perceção que os profissionais têm das suas práticas e das práticas que consideram ideais. O objetivo é compreender o que efetivamente acontece, pelo que, não existem respostas certas ou erradas. Este trabalho só tem a ganhar com a honestidade e veracidade das vossas respostas. O preenchimento deste inquérito será solicitado a todos os profissionais das equipas locais de intervenção local e a sua participação é voluntária, bastando, caso não queira participar, não preencher o mesmo, sem que, desse facto, advenha qualquer prejuízo. Este inquérito é anónimo, não sendo recolhidos quaisquer dados identificáveis dos participantes.

AGRADECEMOS DESDE JÁ A SUA PARTICIPAÇÃO

Secção II

Práticas Típicas e Ideais

Instruções

Esta secção centra-se nas suas práticas típicas ao prestar serviços de intervenção precoce na infância e nas que considera ideais. Nos números ímpares encontra descritores de diferentes práticas, os números pares são utilizados caso a prática que utiliza ou considera ideal se situe entre duas práticas descritas. Para cada item, assinale duas respostas: na linha de cima, assinale o número que melhor descreve a sua prática típica (o que acontece neste momento); na linha de baixo, assinale o número que melhor descreve o que considera ser a prática ideal. Se facilitar, pense numa criança específica a que dá apoio neste momento (uma situação representativa das suas práticas) e responda às questões tendo em consideração o que aconteceu/acontece neste caso específico. Após o item encontrará um espaço para registar a razão da diferença, caso exista, entre a sua prática típica e a prática que considera ideal.

1. Avaliação de Necessidades da Criança								
Prática Típica								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Praticamente nenhuma avaliação das necessidades é realizada. São utilizados, sobretudo, os resultados de testes na planificação das intervenções.		São utilizados sobretudo os resultados de testes na planificação das intervenções, sendo que os resultados dos testes são discutidos com os pais		Para além das avaliações formais por referência à norma, a avaliação de necessidades é complementada por entrevista aos pais e/ou por observação		A avaliação das necessidades é realizada através de entrevistas a pais e educadores e de observação. As rotinas diárias são tidas em conta, mas as necessidades são organizadas por domínios de desenvolvimento (e.g. motor, cognitivo)		A avaliação das necessidades é realizada através de entrevistas à família e aos educadores e de observação, e baseia-se na participação da criança nas rotinas e atividades diárias e em outras situações que os pais identifiquem
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Prática Ideal								

Se houver diferença entre a prática típica e a prática ideal, a que se deve?

2. Necessidades da Família								
Prática Típica								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
As necessidades da família que não sejam ao nível da criança não são tidas em conta no planeamento da intervenção		É perguntado à família quais são as suas necessidades mas estas não são prioritárias no planeamento da intervenção		A família preenche um questionário sobre as suas necessidades e os profissionais têm estas em conta ao planear a intervenção		As necessidades da família são identificadas com base num instrumento/ferramenta específico/a e estas são tidas em conta no planeamento da intervenção, mas não é perguntado à família diretamente o que necessita/deseja mudar nas suas vidas		As necessidades da família são identificadas com base num instrumento/ferramenta específico/a que inclui questões diretas à família sobre o que necessita/deseja mudar nas suas vidas e estas são tidas em conta no planeamento da intervenção
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Prática Ideal								

Se houver diferença entre a prática típica e a prática ideal, a que se deve?

3. Definição de Objetivos								
Prática Típica								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Os objetivos são definidos pelos profissionais que vão dar apoio à criança com base nas suas características/ nível de desenvolvimento		Os objetivos são definidos em reunião de equipa com base nas características/ nível de desenvolvimento da criança		Os objetivos são definidos em reunião de equipa, com a participação da família, com base nas características/ nível de desenvolvimento da criança		Os objetivos são definidos pela equipa com base nas necessidades identificadas pela família numa entrevista sobre as suas necessidades (da criança e da família) nas rotinas diárias		Os objetivos são definidos pela família com base numa entrevista sobre as suas necessidades (da criança e da família) nas rotinas diárias
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Prática Ideal								

Se houver diferença entre a prática típica e a prática ideal, a que se deve?

4. Objetivos da intervenção ao nível da criança

Prática Típica

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Todos os objetivos focam pré-requisitos de desenvolvimento que podem não ser imediatamente úteis para a participação da criança na sua rotina do dia a dia		A maioria dos objetivos focam pré-requisitos de desenvolvimento que podem não ser imediatamente úteis para a participação da criança na sua rotina do dia a dia		Cerca de metade dos objetivos focam pré-requisitos de desenvolvimento que podem não ser imediatamente úteis para a participação da criança na sua rotina do dia a dia		A maioria dos objetivos focam comportamentos que são imediatamente úteis para a participação da criança na sua rotina do dia a dia		Todos os objetivos focam comportamentos que são imediatamente úteis para a participação da criança na sua rotina do dia a dia
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Prática Ideal

Se houver diferença entre a prática típica e a prática ideal, a que se deve?

5. Avaliação dos objetivos

Prática Típica

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Os objetivos são avaliados pelos profissionais pelo menos uma vez por período letivo e é realizado um relatório		Os objetivos são avaliados pelos profissionais pelo menos uma vez por período letivo e a avaliação é discutida com a família		Os objetivos são avaliados pelos profissionais em conjunto com a família pelo menos uma vez por período letivo		Os objetivos são avaliados pelo profissional em conjunto com a família ao longo das sessões		Os objetivos são avaliados em conjunto ao longo das sessões e é a família que decide quando considera que foram atingidos e o que fazer em seguida
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Prática Ideal

Se houver diferença entre a prática típica e a prática ideal, a que se deve?

6. Trabalho em equipa

Prática Típica

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dois ou mais profissionais da equipa de IP trabalham com a família (incluindo a criança, ou só com a criança) em momentos diferentes e com pouca comunicação entre eles		Dois ou mais profissionais da equipa de IP trabalham com a família (incluindo a criança, ou só com a criança) em momentos diferentes comunicando entre eles		O trabalho com a família é realizado principalmente por um mediador de caso, mas outros profissionais fazem visitas separadas		Um mediador de caso trabalha com a família tendo, sempre que necessário, o apoio de profissionais de outras disciplinas, mas não são realizadas visitas conjuntas		Um mediador de caso trabalha com a família tendo, sempre que necessário, o apoio de profissionais de outras disciplinas, incluindo visitas conjuntas
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Prática Ideal

Se houver diferença entre a prática típica e a prática ideal, a que se deve?

7. Locais do apoio

Prática Típica

1	2	3	4	5	6	7	8	9
O apoio é realizado com a criança num centro de saúde, numa instituição ou numa clínica e a família não está presente		O apoio é realizado com a criança num centro de saúde, numa instituição ou numa clínica com a presença da família		O apoio é realizado umas vezes na instituição do profissional e umas vezes em casa ou no local de integração da criança		Se a criança não está integrada o apoio é sempre realizado em casa e se a criança está integrada o apoio é sempre realizado no local de integração		O apoio é realizado em casa, no local de integração da criança, ou noutro local da comunidade de acordo com as necessidades da família
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Prática Ideal

Se houver diferença entre a prática típica e a prática ideal, a que se deve?

Práticas de Intervenção no Local de Integração

Se não presta apoio a nenhuma criança no local de integração (e.g., ama creche, jardim-de-infância) assinale a caixa ☐ e passe para a pergunta 14 (visita domiciliária)

8. Localização do apoio*Prática Típica*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
O apoio é sempre realizado numa sala separada da sala de atividades da criança		Na maioria das vezes, o apoio é realizado numa sala separada da sala de atividades da criança		O apoio é realizado umas vezes numa sala separada e outras vezes na sala da criança		Na maioria das vezes o apoio é realizado na sala de atividades da criança		O apoio é sempre realizado na sala de atividades da criança

Prática Ideal

Se houver diferença entre a prática típica e a prática ideal, a que se deve?

9. Presença de Outras Crianças Durante o Apoio*Prática Típica*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nunca estão presentes outras crianças durante o apoio		Ocasionalmente, estão presentes outras crianças durante o apoio		Cerca de metade das vezes estão presentes outras crianças durante o apoio		Normalmente estão presentes outras crianças durante o apoio		Estão sempre presentes outras crianças durante o apoio

Prática Ideal

Se houver diferença entre a prática típica e a prática ideal, a que se deve?

10. Contexto da Intervenção*Prática Típica*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Toda o apoio é realizado de forma independente das rotinas e atividades a decorrer na sala de atividades		Ocasionalmente, o apoio é realizado de forma independente das rotinas e atividades a decorrer na sala de atividades		Cerca de metade das vezes, o apoio é realizado de forma independente das rotinas e atividades a decorrer na sala de atividades		Normalmente, o apoio é realizado como parte das rotinas e atividades a decorrer na sala de atividades		O apoio é sempre realizado como parte das rotinas e atividades a decorrer na sala de atividades

Prática Ideal

Se houver diferença entre a prática típica e a prática ideal, a que se deve?

11. Papel do Profissional*Prática Típica*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
O seu papel é realizar intervenção direta com a criança		O seu papel é principalmente realizar intervenção direta com a criança, prestando alguma consultoria à educadora		O seu papel é dividido igualmente entre a intervenção direta com a criança e a consultoria à educadora		O seu papel é principalmente prestar consultoria à educadora, realizando alguma intervenção direta com a criança		O seu único papel é prestar consultoria à educadora da criança, só trabalhando diretamente com a criança em caso de avaliação ou modelagem

Prática Ideal

Se houver diferença entre a prática típica e a prática ideal, a que se deve?

12. Definição de Estratégias

Prática Típica

1	2	3	4	5	6	7	8	9
As estratégias são preparadas pelo profissional antes da sessão de acordo com os objetivos		As estratégias são definidas no PEI e/ou PIIP com os outros profissionais		As estratégias são definidas pelos profissionais e discutidas com a família aquando da realização do PEI e/ou PIIP		As estratégias são decididas na sessão em diálogo com a educadora (ou outro profissional da sala), mas não são escritas e deixadas com o pessoal da sala		As estratégias são decididas na sessão em diálogo com a educadora (ou outro profissional da sala) e são escritas e deixadas ao pessoal da sala
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Prática Ideal

Se houver diferença entre a prática típica e a prática ideal, a que se deve?

13. Implementação de Estratégias

Prática Típica

1	2	3	4	5	6	7	8	9
As estratégias são implementadas pelo profissional na sessão de apoio		As estratégias são implementadas pelo profissional na sessão de apoio e é sugerido ao pessoal da sala que as utilize durante a semana		As estratégias são demonstradas ao pessoal da sala e é-lhes indicado como as utilizar durante a semana		As estratégias são implementadas pelo pessoal da sala durante a semana e ajustadas pelo profissional na sessão de apoio		As estratégias são implementadas durante a semana pelo pessoal da sala e na sessão de apoio são revistas e ajustadas em conjunto
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Prática Ideal

Se houver diferença entre a prática típica e a prática ideal, a que se deve?

Práticas de Intervenção – Visita Domiciliária

Se não presta apoio a nenhuma criança no domicílio assinala a caixa ☐ e passe para a Secção III

14. Localização da Intervenção e Presença da Família Durante a Intervenção

Prática Típica

1	2	3	4	5	6	7	8	9
O apoio pode ser realizada em casa ou na instituição do profissional e basta estar presente a criança		O apoio é sempre realizado em casa mas a família pode não estar presente durante o apoio		O apoio é sempre realizado em casa e a família está sempre presente no apoio. O papel da família consiste em observar e tirar dúvidas sobre o que observa		O local do apoio (casa ou comunidade) é decidido pela família de acordo com as suas necessidades e tanto a criança como a família estão sempre presentes no apoio		O local do apoio (casa ou comunidade) é decidido pela família de acordo com as suas necessidades e a criança pode não estar presente durante o apoio
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Prática Ideal

Se houver diferença entre a prática típica e a prática ideal, a que se deve?

15. Papel do Profissional

Prática Típica

1	2	3	4	5	6	7	8	9
O seu papel é realizar intervenção direta com a criança		O seu papel é realizar intervenção direta com a criança e motivar a família a utilizar as mesmas técnicas durante a semana		O seu papel é principalmente demonstrar à família técnicas de intervenção com a criança, o principal papel da família consiste em observar		O seu papel é prestar consultoria/ coaching à família sobre competências funcionais da criança, mas não o de trabalhar de forma sistemática as necessidades ao nível da família		O seu papel é prestar consultoria/ coaching à família sobre competências funcionais da criança e necessidades ao nível da família
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Prática Ideal

Se houver diferença entre a prática típica e a prática ideal, a que se deve?

16. Definição de Estratégias de Intervenção

Prática Típica

1	2	3	4	5	6	7	8	9
As estratégias são preparadas pelo profissional antes da sessão de acordo com os objetivos		As estratégias são definidas pelos profissionais aquando da realização do PIIP		As estratégias são definidas pelos profissionais e discutidas com a família aquando da realização do PIIP		As estratégias são decididas sessão a sessão, principalmente através de perguntas à família, de modo a chegar a soluções em conjunto, mas não são escritas nem deixadas à família		As estratégias são decididas sessão a sessão, principalmente, através de perguntas à família, de modo a chegar a soluções em conjunto. Estas são escritas e deixadas à família

Prática Ideal

Se houver diferença entre a prática típica e a prática ideal, a que se deve?

17. Implementação de Estratégias

Prática Típica

1	2	3	4	5	6	7	8	9
As estratégias são implementadas pelo profissional na sessão de apoio		As estratégias são implementadas pelo profissional na sessão de apoio e é dito à família o que deve tentar fazer durante a semana		As estratégias são sugeridas e demonstradas à família na sessão de apoio e é discutido como as utilizar durante a semana		As estratégias são implementadas pela família durante a semana e na sessão de apoio o profissional pede à família que descreva e que demonstre e dá-lhe sugestões		As estratégias são implementadas durante a semana pela família e na sessão de apoio são revistas e ajustadas em conjunto

Prática Ideal

Se houver diferença entre a prática típica e a prática ideal, a que se deve?

ANEXO III

Autorização da Doutora Tânia Boavida para utilização do instrumento

30/10/2017

Re: Pedido Investigação no âmbito da Intervenção Precoce

Data: Ter, 24 Out 2017 [09:50:48 WET]

De: Tânia Boavida <tania.boavida.silva@gmail.com>

Para: dora.pacheco@sapo.pt

Cc: Angela Velez <angeladvelez@gmail.com>, Cecília Aguiar <Cecilia.Rosario.Aguiar@iscte.pt>

Assunto: Re: Pedido Investigação no âmbito da Intervenção Precoce

Cara Dora,

Obrigada pelo seu interesse no nosso trabalho.

Em anexo envio o inquérito completo e também apenas a secção II, que é a secção a que pertencem os dados que foram utilizados na tese da Ângela.

O inquérito completo é longo e convém ser preenchido presencialmente para se poder responder a dúvidas e verificar se todos os itens foram preenchidos.

Estamos disponíveis para qualquer dúvida, questão ou comentário que tenha.

Com os melhores cumprimentos,

Tânia Boavida



Sem vírus. www.avg.com

No dia 23 de outubro de 2017 às 17:22, <dora.pacheco@sapo.pt> escreveu:

Boa tarde Doutora Tânia.

Chamo-me Dora Pacheco e frequento o 2.º ano de mestrado de Ciências da Educação - Educação Especial, área de Intervenção Precoce na Infância, na Universidade Fernando Pessoa.

Encontro-me a contactá-la, porque li a tese da Dr.ª Ângela Velez, por si orientada, e gostaria de saber qual a possibilidade de utilizar o(s) instrumentos/documentos de investigação que a Dr.ª Ângela usou, para realizar um estudo na ilha da Madeira, onde resido.

A razão porque contacto, também, a Doutora Tânia neste âmbito, tem a ver com o facto de os referidos documentos terem as iniciais do Centro de Investigação e Intervenção Social do Instituto Universitário de Lisboa, instituição a que presumo esteja ligada e, assim, depreendo que a Doutora estará ligada à construção destes documentos.

Como sabe, para utilizá-los eu necessito de ter o consentimento dos seus autores e precisava de saber quem são e se me consentem a sua utilização, com a devida referência aos mesmos no meu trabalho, mantendo a ética da investigação.

Despeço-me, agradecendo a atenção dada e aguardando a sua resposta.

Muito obrigada.

Dora Pacheco

Anexos:

📎 AÇÃO 1_Questionário Profissionais IP.pdf (748 KB)

📎 AÇÃO 1_Questionário Profissionais IP_Secção II.pdf (456 KB)

https://mail.sapo.pt/mail/imp/view.php?view_token=FTv6jODMWh5CpmrVkaCzYde&actionID=print_attach&id=1.2&buid=17789&mailbox=SU5CT1... 1/1

ANEXO IV

Exmº Senhor Diretor
Regional de Educação da
Região Autónoma da Madeira
Dr. Marco Paulo Ramos Gomes

Assunto: Pedido de autorização para realização de um estudo de investigação no âmbito do Mestrado em Ciências da Educação: Educação Especial - Domínio Intervenção Precoce na Infância.

Eu, Dora Maria Pinto Ferreira Pacheco, Educadora Especializada, a exercer funções no Centro de Recursos Educativos Especializados de Santa Cruz, encontro-me a frequentar o curso de mestrado em Educação Especial - Domínio Intervenção Precoce na Infância, ministrado pela Universidade Fernando Pessoa, Porto.

No âmbito deste mestrado pretendo realizar um estudo de investigação que tem como objetivo principal avaliar as práticas centradas na família em intervenção precoce – consultoria colaborativa, na Região Autónoma da Madeira.

Este estudo enquadra-se numa metodologia quantitativa, com recurso a dois instrumentos. Irá centrar-se na avaliação da perceção dos profissionais de Intervenção Precoce na Infância (docentes e técnicos) das suas práticas tanto nos contextos de integração como nas visitas domiciliárias.

Será solicitada a autorização aos docentes / técnicos envolvidos através do preenchimento da declaração de consentimento informado. Para a recolha dos dados será aplicada uma escala de registo de comportamentos tipo Likert de 9 pontos e um questionário de dados sociodemográficos.

Para a sua implementação, será agendada/ solicitada ao coordenador de cada CREE a presença do investigador numa reunião de equipa para que sejam distribuídos e respondidos os documentos que servem de instrumento ao presente estudo.

Sem outro assunto de momento, esperando uma resposta favorável, subscrevo-me com elevada consideração e estima.

Com os meus cordiais cumprimentos,

A Educadora Especializada

(Dora Maria Pinto Ferreira Pacheco)

ANEXO V



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
Governo Regional
SECRETARIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO
DIREÇÃO REGIONAL DE EDUCAÇÃO

Direção Regional de Educação
GGAR

SAÍDA	PROCESSO(S)	DATA
Of: 208	5.67.0.0	29/01/2018

Exma. Senhora

Dr^a Dora Pacheco

dora.pacheco@sapo.pt

ASSUNTO: Autorização para realização de estudo em escolas da RAM

Na sequência da Vossa solicitação, envia-se a Vossa Excelência o parecer elaborado pelos serviços desta Direção Regional que mereceu a concordância do Diretor Regional de Educação, em 22/01/2018, e que abaixo se transcreve:

“Por requerimento, com entrada na Direção Regional de Educação (DRE), n.º 7210, de 12/12/2017, subscrito por Dora Pacheco, é solicitada autorização para a realização de um estudo com docentes e técnicos de Intervenção Precoce na Infância a exercer funções nos Centros de Recursos Educativos Especializados da Região Autónoma da Madeira (RAM).

A requerente é aluna de Mestrado em Ciências da Educação: Educação Especial – Domínio Intervenção Precoce na Infância, ministrado pela Universidade Fernando Pessoa, onde está a desenvolver uma investigação intitulada “Avaliação das Práticas Centradas na Família na Região Autónoma da Madeira – Consultoria Colaborativa” que tem como objetivo principal avaliar as práticas centradas na família em intervenção precoce – consultoria colaborativa, na RAM, sob a orientação da Professora Doutora Luísa Saavedra Martins.

Trata-se de um estudo quantitativo, sendo utilizada uma escala tipo Likert de 9 pontos e um questionário de dados sociodemográficos, como instrumentos de recolha de dados, em anexo ao requerimento, não se procedendo à identificação dos participantes nem à recolha de dados pessoais sensíveis.

A participação na referida investigação faz-se mediante a informação ao participante de investigação e consentimento informado, em anexo ao requerimento, ficando assegurada a confidencialidade dos dados fornecidos.

Em conformidade, e uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, deve atender-se às observações seguintes:

Na resposta indicar a «Nossa Referência». Em cada ofício tratar só de um assunto

Imp.03.06



|| Rua D. João, n.º 57, Quinta Olinda • 9054-510 Funchal || Tel.: (+351) 291 705 860
|| www.madeira-edu.pt/dre • dre@live.madeira-edu.pt || NIPC: 671 000 497

1



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
Governo Regional
SECRETARIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO
DIREÇÃO REGIONAL DE EDUCAÇÃO

a) A aplicação dos instrumentos de recolha de dados, deverá fazer-se em estreita articulação com as coordenações dos CREEs.

b) Fica ao critério de cada docente e de cada técnico de intervenção precoce na infância aceitar ou não participar na investigação.”

Com os melhores cumprimentos,

O Diretor de Serviços de Investigação,
Formação e Inovação Educacional


(Bernardo Lage Valério)

GF/MJM

Imp.03.06



|| Rua D. João, n.º 57, Quinta Olinda • 9054-510 Funchal
|| www.madeira-edu.pt/dre • dre@live.madeira-edu.pt

|| Tel.: (+351) 291 705 860
|| NIPC: 671 000 497

2