



ISPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA:
QUEM FAZ O QUÊ, ONDE E COMO?

ANA BEATRIZ NOBRE MADEIRA MOURA ARROZ

Orientadora de Dissertação:

PROF. DOUTORA JÚLIA SERPA PIMENTEL

Coordenadora de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTORA MARIA DE LOURDES MATA

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção de grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Educacional

2015

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Dra. Júlia Serpa Pimentel, apresentada no ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Educacional, conforme o despacho da DGES nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de setembro de 2006.

AGRADECIMENTOS

A todos os profissionais de Intervenção Precoce na Infância e famílias que aceitaram colaborar neste estudo. Sem eles esta investigação não seria possível. É bom saber que existem profissionais que aceitam o desafio de desnudar e questionar as suas práticas, de forma a contribuir para a melhoria da intervenção precoce em Portugal.

À minha orientadora, Professora Júlia Serpa Pimentel, pelo privilégio de ter contacto com pessoas que há anos trabalham e “lutam” para melhorar as práticas de IPI em Portugal. Obrigada por nos ensinar a pensar e a não sermos conformistas. Espero que nunca se venha a arrepender de ter sido minha professora!

À Professora Lurdes Mata, pela disponibilidade, compreensão e não cobrança, ao perceber que nem sempre tive toda a disponibilidade emocional para dar o meu máximo nas suas aulas.

À Dulce Duarte pela disponibilidade, conversas intermináveis nas nossas roadtrips de recolha de dados e respostas das 1001 questões que eu estava sempre a fazer.

À Tânia Boavida pela colaboração e tempo que despendeu a cotar e a explicar a análise de dados e pelos insights valiosos sobre intervenção precoce. É bom saber quanto lutadora é a próxima geração de investigação nesta área.

Aos meus amigos que aceitaram a minha distância mostrando que estariam lá quando precisasse. À Carolina pelos ralhetes que me obrigavam a sair de casa e por estado sempre presente neste ano de grandes perdas.

Um agradecimento especial às minhas amigas e colegas Cris e Fi por nunca me deixarem colocar em hipótese que esta etapa da minha vida não se concretizasse este ano. Pelas conversas intermináveis sobre a nossa área e pelos conselhos, revisões e críticas à minha tese. Sem o vosso incentivo este percurso teria sido muito mais penoso. Obrigada por acreditarem por mim, quando eu não conseguia fazê-lo...

Gostaria também de agradecer ao meu pai pelos filmes, pela música, pelo sentido de humor e por ter estado sempre muito presente. À minha mãe pelo eterno incentivo e pela dose quase letal de ajuda na reta final. Às minhas irmãs: Sílvia, mesmo apesar de quase não ter cozinhado para mim, por partilharmos grande parte das mesmas preocupações, queixumes e recordações, Maria do Mar pelo carinho e Laura por ser a caçula. Ao Zé Nuno e à Paula por sempre terem sido muito atenciosos connosco. Aos meus avós do Barril que estarão sempre comigo e aos avós das Caldas com quem estou menos do que gostaria. Por último, mas não em último, ao Alberto por garantir comidinha caseira na mesa, num ano tão complicado.

RESUMO

Diversos estudos procuram perceber o hiato entre a investigação e a prática no âmbito da Intervenção Precoce (IP), na medida em que a investigação não apenas tem assinalado uma deficiente utilização de práticas baseadas em evidências, como uma distância considerável a uma intervenção centrada na família e nas rotinas das crianças, recomendada pela literatura e disposições legais. Nesta pesquisa procurámos examinar o fenómeno em estudo – o desenvolvimento de programas de IPI orientados pelo modelo de intervenção centrado na família – conjugando a análise da articulação entre perspetivas e práticas percebidas pelo profissionais com a análise da qualidade e orientação de exemplares concretos das suas práticas. Este eixo de análise foi conjugado com um outro, relativo às representações e juízos de avaliação de um outro interveniente incontornável: as famílias. Pretendem-se identificar consonâncias e detetar focos de dissonância entre interlocutores e tipos de resposta dos diferentes serviços e contextos de intervenção que ajudem a manter atualizada uma caracterização das práticas que tem vindo a ser realizada na última década e a construir medidas de promoção da qualidade e do envolvimento das famílias na IP. Para isso realizou-se um estudo de caso instrumental, com casos múltiplos que convocou diversas técnicas de recolha e análise de dados. Os resultados continuam a revelar a existência de lacunas a nível das práticas dos profissionais no âmbito da avaliação, planificação e intervenção e pouca permeabilidade às implicações práticas do modelo de intervenção focado na família. Quanto às representações recíprocas e articulação entre profissionais e família parece atravessar-se um momento de transição, com os técnicos já a valorizarem o enfoque nas famílias e rotinas, mesmo que pouco o reflitam nas práticas, e as famílias ainda centradas num modelo de especialista, relegando para um plano secundário o seu papel de interveniente crucial. São discutidas implicações dos resultados para a melhoria da formação e supervisão dos profissionais e formuladas questões que orientem futuras investigações.

Palavras-chave: *intervenção precoce; avaliação; qualidade; percepções das práticas; intervenção centrada na família, práticas baseadas em evidências*

ABSTRACT

Several studies have tried to understand the gap between research and practices in the field of Early Intervention (EI), since research has not only pointed to an inappropriate use of practices, but also a significant lack of a family based intervention centred in the child's daily routines, as recommended by the literature and legal provisions.

In this thesis we tried to evaluate the development of EI programs with a family centered intervention model, conjugating both professionals' practices and perspectives, through the analysis of quality and guidance of real exemplary cases. To this analysis we added the representations and the evaluation assessment of another crucial player in this milieu – the families. We aim to identify consonances and detect hubs of dissonance between the different inter players and types of answers provided from the diverse services and intervention contexts. We want on the one hand to portrait the practices that have been used in the last decade and, on the other, to design new courses of action to promote quality and family participation in EI.

With that in mind, we took upon an instrumental case study, with multiple cases that required different techniques of data collection and analysis. The results show some breaches in the professionals' practices in the areas of evaluation, planning and intervention and moreover little permeability to the practical implications of a family focused intervention model.

Has to do with representations and the articulation between professionals and families, it comes into light that we are living in a transition moment. Technicians appreciate the family and child's routines even though that is little reflected in their practices, while families are still centred on a "specialist" model, relegating their main vital role to a background one. Finally, results and their implications will be debated in order to not only increase the quality of professional's schooling and supervision, but also open new future research questions.

Palavras-chave: *early intervention; evaluation; practice perceptions; family based intervention; evidence based practices*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1.1 Perspetivas sobre o desenvolvimento da criança.....	5
1.1.1 <i>Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner</i>	5
1.1.2 <i>Modelo Transacional de Sameroff</i>	7
1.1.3 <i>Perspetiva Biodesenvolvimental de Shonkoff</i>	9
1.1.4 <i>Teoria geral dos Sistemas e Teoria do suporte Social</i>	11
1.2 Intervenção Precoce	13
1.2.1 <i>Conceito de Intervenção Precoce</i>	13
1.2.2 <i>Organização da oferta de Intervenção Precoce em Portugal</i>	14
1.3 Práticas recomendadas em Intervenção Precoce.....	18
1.3.1 <i>Orientações das práticas e programas de Intervenção Precoce</i>	18
1.4 A prática atual da Intervenção Precoce em Portugal.....	25
CAPÍTULO 2 – DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	29
3.1. Abordagem metodológico do estudo.....	31
3.2 Participantes.....	32
3.2.1 Crianças.....	32
3.2.2 Profissionais.....	32
3.2.3 Famílias.....	33
3.3 Instrumentos de recolha de dados.....	33
3.3.1 Escala de Intervenção Focada na Família (EIFF).....	33
3.3.2 Perfil de Sala Inclusiva	34
3.3.3 Escala da Funcionalidade dos Objetivos.....	35
3.3.4 Individualized Family Service Plan Rating Scale	35

3.3.5 Protocolo de Análise Documental	35
3.4 Procedimentos	36
3.5 Técnicas de análise de dados	37
CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	41
Caso 1 - Bruna	41
a. Caracterização.....	41
b. <i>Perceções dos pais e profissionais</i>	41
c. Observações nos contextos da intervenção	42
d. <i>Programas e processos individuais</i>	44
a. <i>Análise Documental</i>	44
b. <i>Avaliação dos objetivos do PIIP</i>	45
c. <i>Em síntese</i>	46
Caso 2 - André	46
a. Caracterização.....	46
b. <i>Perceções dos pais e profissionais</i>	47
c. <i>Observações nos contextos da intervenção</i>	47
d. Programas e processos individuais	49
e. Em síntese	51
Caso 3 – Amélia.....	51
a. <i>Caracterização do caso</i>	51
b. <i>Perceções dos pais e profissionais</i>	52
c. <i>Observações nos contextos da intervenção</i>	52
d. <i>Programas e processos individuais</i>	55
e. <i>Em síntese</i>	56
Caso 4 – José.....	57

a.	<i>Caracterização do caso</i>	57
b.	<i>Percepções dos pais e profissionais</i>	57
c.	<i>Observações nos contextos da intervenção</i>	58
d.	<i>Programas e processos individuais</i>	60
e.	<i>Em síntese</i>	62
Caso 5 – Francisco	63
a.	<i>Caracterização do caso</i>	63
b.	<i>Percepções dos pais e profissionais</i>	63
c.	<i>Observação nos contextos de intervenção</i>	64
d.	<i>Programas e processos individuais</i>	67
e.	<i>Em síntese</i>	68
Caso 6 – Tiago	69
a.	<i>Caracterização do caso</i>	69
b.	<i>Percepções dos pais e profissionais</i>	69
c.	<i>Observação nos contextos de intervenção</i>	70
d.	<i>Programas e processos individuais</i>	72
e.	<i>Em síntese</i>	73
CAPÍTULO 4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
4.1. A intervenção centrada na família – realidade ou ilusão?.....		78
4.2. Das percepções às práticas dos profissionais de IPI: mudam-se os tempos e o discurso mas não as práticas		81
4.3. A IPI aos olhos dos pais: “Eles é que estudaram, logo eles é que sabem... ou não?”		84
CAPITULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....		89
REFERÊNCIAS.....		94
ANEXOS.....		102

ANEXOS

- I- Escala de Intervenção Focada na Família (EIFF) adaptada da *Family Focused Intervention Scale* de Mahoney, Sullivan e Dennenbaum, 1990, cit por Pimentel, 2003)
- II- *Escala da Funcionalidade dos Objectivos III* (GFS III), (McWilliam, 2009, cit por Aguiar, 2009).
- III- *Individualized Family Service Plan Rating Scale* (IFSRS), (Jung & McWilliam, 2001, 2005, cit por Aguiar *et al.*, 2010).
- IV- *Protocolo de Análise Documental* de Mendes (2010).

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Intervenção Precoce na Infância em Portugal	26
Quadro 2 – Caracterização dos técnicos de IPI participantes no estudo.....	32
Quadro 3 – Valores do acordo inter-observadores relativamente à escala GFSIII	39
Quadro 4 – Valores do acordo inter-observadores relativamente à escala IFSPRS	39
Quadro 5 – Síntese das observações das práticas da técnica de IPI relativas ao Caso 1	43
Quadro 6 – Síntese das observações das práticas da técnica de IPI relativas ao Caso 2	48
Quadro 7 – Síntese das observações das práticas da técnica de IPI relativas ao Caso 3	53
Quadro 8 – Síntese das observações das práticas da técnica de IPI relativas ao Caso 4	58
Quadro 9 – Síntese das observações das práticas da técnica de IPI relativas ao Caso 5	64
Quadro 10 – Síntese das observações das práticas da técnica de IPI relativas ao Caso 6	70
Quadros 11a e 11b – Síntese das perspetivas e práticas de IPI dos profissionais participantes ..	76
Quadro 12 – Síntese das perspetivas das famílias acerca da IPI dos seus educandos	85

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Terceira Geração Baseado na Evidência (Dunst, 2005)..... 20

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de crianças em risco ou com problemas de desenvolvimento está dependente de todo o seu meio e pessoas envolvidas (Sameroff, 1989; Bronfenbrenner, 1994). Como sugere a literatura no domínio, é no contexto em que as situações ocorrem que as aprendizagens das crianças em idades precoces se processam, de forma repetida e dispersa no tempo, estimulada pelas suas figuras significativas. Daí que, atualmente, as práticas de IPI baseadas em rotinas e centradas na família sejam as mais defendidas pela comunidade académica (McWilliam, 2003; Rapport, McWilliam & Smith, 2004; Dunst, 2006, todos cit. por Almeida, 2007).

Passou mais de uma década sobre a interrogação com que Júlia Pimentel intitulou o seu doutoramento – *Intervenção Focada na Família: desejo ou realidade?* – diversos estudos continuam, porém, a procurar perceber de que forma é que as recomendações científicas se repercutem nas práticas de IPI desenvolvidas no nosso país e são percebidas pelos seus principais atores: profissionais e família (Almeida, 2007; Carvalho, 2004; Gronita, Pimentel, Matos, Bernardo & Marques, 2009; Mendes, 2010; Pereira, 2009; Pimentel, 2003). Tendo sido entretanto modificado o enquadramento legal em vigor (Dec-Lei nº 281/09 de 6 de Outubro de 2009), é pertinente reavaliar as mesmas questões e perceber se existem algumas alterações em relação às práticas.

Concretamente, pretende-se saber: (1) em que medida é que as práticas de avaliação, planificação e intervenção dos profissionais já se orientam atualmente para o modelo de intervenção centrado na família; (2) se as perceções dos profissionais acerca da orientação das práticas de IPI são consistentes com as orientações constatadas nas suas intervenções?; (3) se a importância que os profissionais atribuem ao tipo de orientação da IPI é congruente com as perceções que têm da sua intervenção; (4) se a importância que os pais atribuem ao tipo de orientação da IPI é congruente com as perceções que têm da intervenção dos profissionais com os seus filhos; e, finalmente, (5) em que medida é que serão consonantes a orientação das práticas de IPI percebidas pelos pais e pelos profissionais.

Para isso, este estudo, que se articula com uma dissertação de doutoramento em curso, pretende examinar as práticas dos profissionais de IPI e perceber as suas representações, bem como as das famílias, em relação à forma como atuam nas suas práticas e a importância que lhes atribuem.

Paralelamente, são avaliadas as práticas dos profissionais através de observações em contexto de intervenção e consultado o processo individual dos casos da amostra.

No final são comparados estes dois eixos de intervenção, procurando perceber se as práticas estão em consonância com as percepções dos pais e profissionais e detetar focos de dissonância entre interlocutores e tipos de resposta dos diferentes serviços e contextos de intervenção que ajudem a manter atualizada a caracterização das práticas que tem vindo a ser realizada e a construir medidas de promoção da qualidade e do envolvimento das famílias na IP.

Para isso realizou-se um estudo de caso instrumental, com casos múltiplos que convocou diversas técnicas de recolha e análise de dados. Na selecção desses casos procurou-se abranger os diferentes serviços e contextos pelos quais é possível uma criança/família ser acompanhada. A metodologia adotada é de natureza descritiva e exploratória com recurso a instrumentos específicos e adequadamente validados – escalas de likert, checklists e guiões de observação e registo – para avaliar a qualidade e orientação dos objetivos nos programas de IP, as orientações conceptuais imprimidas a uma amostra de práticas de IP, caracterizando o conteúdo e a organização dos processos individuais, e apreender as perspectivas, quer da família quer dos próprios profissionais sobre os serviços de IPI desejados e prestados nos referidos casos.

Os resultados continuam a revelar a existência de lacunas a nível das práticas dos profissionais no âmbito da avaliação, planificação e intervenção e pouca permeabilidade às implicações práticas do modelo de intervenção centrado na família. Quanto às representações recíprocas e articulação entre profissionais e família parece atravessar-se um momento de transição, com os técnicos já a valorizarem o enfoque nas famílias e rotinas, mesmo que pouco o reflitam nas práticas, e as famílias ainda centradas num modelo de especialista, relegando para um plano secundário o seu papel de interveniente crucial.

Esta dissertação é constituída por 5 capítulos. No primeiro capítulo, o conceito e os modelos de Intervenção Precoce na Infância (IPI) são apresentados depois de, num primeiro momento, se procurarem expor as principais condicionantes ambientais e relacionais que desempenham um papel crucial no desenvolvimento de cada criança, de acordo com os modelos teóricos mais defendidos atualmente. A organização da oferta de IPI em Portugal complementa a sua exposição de modo tornar perceptível o modo como as orientações teóricas informam a legislação vigente e se operacionalizam na prática no nosso país.

No segundo capítulo é delimitada a problemática e definida a metodologia empregue para responder às questões de investigação. É também aí que se procede à caracterização da amostra e à descrição dos procedimentos envolvidos na recolha e análise de dados.

Os resultados são apresentados no terceiro capítulo, sendo apreciados caso a caso, em função dos diferentes objetivos de análise. Posteriormente, essa análise por caso é convertida, no quarto capítulo, numa análise por questão de investigação, onde os resultados são discutidos no âmbito dos resultados de estudos nacionais já realizados.

Por fim, são expostas as principais conclusões e limitações do estudo, procedendo-se a um conjunto de recomendações com vista à melhoria da qualidade das intervenções de IPI em Portugal, que podem ajudar a direcionar investigações futuras.

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Perspetivas sobre o desenvolvimento da criança

O estudo do desenvolvimento infantil ocupa um lugar relevante na área das ciências humanas (Bhering & Sarkis, 2009), onde se inserem os campos da Psicologia do Desenvolvimento, da Psicologia Social e da Psicologia Educacional. Os resultados destas pesquisas foram dando origem a um percurso repleto de mudanças qualitativas no que diz respeito à maneira de encarar a criança e as interações desta com o seu meio envolvente. De acordo com Bairrão (1992), tal evolução tem dado aso a uma reconceptualização teórica – e prática – proveniente da necessidade de repensar certas perspetivas devido ao seu cariz estático, ao enfoque em constructos teóricos sofisticados e à sua pouca aplicabilidade a problemas que se verificam na vida real das crianças.

Segundo Pimentel (2005), a estrutura teórica que deu origem ao consenso científico hoje existente baseia-se simultaneamente nos modelos *naturalistas* (Palácios, 1993/1995 cit. por Pimentel 2005), que defendem a prevalência das características inatas do ser humano, e nos modelos *empiristas* (Altman & Rogoff, 1987 cit. por Pimentel, 2005) que defendem a prevalência das características inatas do ser humano, e nos modelos *empiristas* os quais postulam, por outro lado, a relevância das experiências de vida para a construção do conhecimento. Tal união de pontos de vista dá lugar a uma visão holística do desenvolvimento, permitindo um entendimento mais profundo acerca de como a criança interage com o contexto e das condições inerentes a um desenvolvimento saudável.

Desta forma, três são as perspetivas que mais legados oferecem à maneira como atualmente se encara o desenvolvimento infantil, do ponto de vista técnico-profissional e científico. Estas encontram-se sucintamente apresentadas nos pontos que se seguem.

1.1.1 *Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner*

A perspetiva de Bronfenbrenner foi conceptualizada na década de 70 e procurou evidenciar a importância das inter-relações entre organismo e meio no processamento do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner 1994, 1995). Tal como refere Almeida (2000), esta perspetiva considera a criança inserida nos seus diferentes contextos naturais, desde o mais restrito ao mais abrangente,

e toma em consideração como estes se interinfluenciam. Mais tarde, com complementações significativas à sua teoria, Bronfenbrenner (1999) deu lugar a um modelo mais alargado, ao qual hoje denominamos perspectiva bioecológica do desenvolvimento.

O autor (1999) estipulou duas premissas onde são explicitadas as propriedades do modelo. A primeira formula o conceito de processo proximal, alegando que o desenvolvimento humano acontece através de processos de interações recíprocas entre o organismo ativo e as pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato. Estes podem ocorrer em fases precoces e/ou ao longo da vida, sendo necessário que estas interações ocorram de forma regular e prolongada no ambiente natural. A segunda premissa salienta que os fatores como a forma, o poder, o conteúdo e a direção do processo proximal afetam o desenvolvimento, variam consoante a articulação entre as características do desenvolvimento do organismo, neste caso a pessoa, e os ambientes nos quais o desenvolvimento acontece. Bronfenbrenner (1999) também destaca que segundo o seu novo modelo a pessoa torna-se tanto produto como gerador de desenvolvimento.

Portanto, a perspectiva bioecológica, também conhecida como PPCT [pessoa, processo, contexto e tempo], além de considerar a importância dos contextos do micro-, meso-, exo- e macro-sistema para o desenvolvimento, inclui a relevância das características da Pessoa, do Tempo e dos Processos Proximais enquanto motores do desenvolvimento (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Sendo assim, a pessoa em desenvolvimento encontra-se no centro dos quatro níveis *contextuais* existentes (Bronfenbrenner & Crouter, 1983). Estes níveis, integrados e inter-relacionados, podem ser analisados a partir de uma ordem, como explicitado pelos autores (1983), em que o primeiro consiste no contexto mais imediato e próximo, onde atua diretamente o indivíduo e onde ocorrem os processos proximais. São exemplos os pais, a escola, o local de trabalho ou o grupo de pares. O segundo diz respeito às interações entre os microssistemas, em que as relações entre a escola e a família são um exemplo. O terceiro refere-se à relação dos processos entre dois ou mais ambientes nos quais o indivíduo não atua diretamente, sendo que terá influência no seu ambiente de forma indireta, como por exemplo o local de trabalho dos pais, a rede social da família e os contextos da vizinhança e comunidade. O quarto e último nível é o contexto mais amplo relacionado com questões como a cultura, sistemas de crenças, valores, estilos de vida e ideais. O Processo, como já antes referido, remete-se aos processos proximais, funcionando como motor de desenvolvimento, que advém da interação com o ambiente e

elementos deste (Bronfenbrenner, 1994). A Pessoa, por sua vez, segundo o autor (1994), influencia o percurso do seu desenvolvimento a partir de características óbvias e observáveis pelo outro, como a idade, o género ou a aparência física; através de características não-observáveis como as componentes de foro emocional e mental [experiências, inteligência, competências]; e, ainda, através de características intermédias, como a motivação e a persistência. O conceito de *Tempo* refere-se à ideia de desenvolvimento e estabilidade relacionando-o com as mudanças nas características biopsicológicas que os indivíduos vão sofrendo ao longo do seu ciclo de vida, características essas que podem ser normativas, como a entrada na escola, ou não normativas, como por exemplo o divórcio dos pais (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Alguns outros conceitos-chave foram inseridos neste novo modelo, enquanto influentes na formação do percurso desenvolvimental, como as características pessoais, disposição, recursos biológicos e exigências inatas, assim como os níveis da componente tempo, que se dividem em micro-, meso- e macro-tempo (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Esta reformulação permitiu uma maior aplicabilidade teórica na prática do trabalho com crianças e famílias, pois além de considerar os aspetos do contexto escolar e as relações, também passou a atribuir relevância às características pessoais da criança, no que diz respeito aos processos de desenvolvimento e aprendizagem (Bhering & Sarkis, 2009; Tudge, Mokrova, Hatfield & Karnik, 2009). O desenvolvimento é definido, aqui, como um fenómeno de continuidade e mudança das características biopsicológicas de um indivíduo (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Este modelo configura-se como uma base para as questões relacionadas com as políticas e práticas de Intervenção Precoce (Mendes, 2010) pelo facto de colocar em evidência a criança, o ambiente e a relação entre ambos (Correia, 2011).

1.1.2 *Modelo Transacional de Sameroff*

Esta perspetiva é, à semelhança da exposta anteriormente, um modelo contextualista, uma vez que defende que, para compreender o desenvolvimento da criança, é necessário ter-se em conta a interação dinâmica entre os ambientes em que esta se encontra inserida e as características da própria criança (Sameroff & Fiese, 2000). Tal como Bronfenbrenner (1995, 1999), Sameroff (1983, 1975) defende que a criança é ao mesmo tempo produto e resultado do seu desenvolvimento. As características da criança tomam, portanto, um papel ativo na forma como esta interage com o

ambiente, influenciando-o, e o que retém do mesmo, influenciando-a a si própria (Sameroff & Fiese, 2000).

O modelo transacional pressupõe, assim, que os resultados do desenvolvimento são uma função entre indivíduo e contextos, onde tanto o natural [*nature* – como o temperamento e a personalidade da criança] como o ambiente [*nurture* – forma como é cuidada, o que obtém do contexto e das pessoas ao seu redor] estão em constante mudança e interação (Sameroff, 2010). Desta forma, é dado, pelos autores (Sameroff & Fiese, 2000), igual valor aos efeitos da criança no seu ambiente circundante como do ambiente circundante na criança, não sendo este último de qualquer maneira encarado como independente da criança.

De acordo com esta teoria, a interação funciona como uma dança adaptativa, em que os elementos que interagem se vão constantemente adaptando mutuamente, a partir dos comportamentos uns dos outros, não sendo possível que, por exemplo, uma família possa alguma vez ser encarada como a simples soma de cada um dos seus membros. A ausência ou presença de um destes elementos irá sempre alterar a interação dos restantes (Bertalanffy, 1968 cit. por Relvas, 2000). À luz da teoria transacional, eventuais dificuldades na relação primária entre mãe e bebé passam a ser vistas com enfoque não apenas na mãe, mas considerando com importância o que a criança traz para a relação e a interação entre ambos (Sameroff, 1975). Sameroff (1975) também destaca a importância da comunidade, através do seu conceito de influências distais. Enquanto a relação com os pais se enquadra num conceito de influências proximais, as distais, como por exemplo o desemprego dos pais ou a existência de uma rede de suporte à volta destes, figuram como pano de fundo importante e influente no desenvolvimento infantil (Sameroff, 2010).

Este modelo incide, portanto, nas relações desenvolvimentais estabelecidas entre a organização biológica da criança [genótipo], a sua organização fenotípica [fenótipo] e a sua organização ambiental [“ambiótica” - *enviromtype*], sendo o comportamento da criança resultante das transacções entre os mesmos ao longo do tempo (Sameroff, 1989). Partindo destes pressupostos, esta teoria enquanto ferramenta de entendimento do desenvolvimento e das (psico)patologias do desenvolvimento, ajuda-nos a compreender de que maneira o indivíduo e o contexto trabalham em conjunto na produção de padrões adaptativos e não-adaptativos de funcionamento, auxiliando também na construção de uma percepção alargada de como o funcionamento do passado e do presente influenciam ou poderão influenciar o futuro (Sameroff, 1997). De acordo com esta perspectiva, e tratando-se de um problema desenvolvimental, não é difícil perceber que não será a

simples retirada da criança dos seus contextos naturais que tornará possível a predição do seu desenvolvimento.

É importante ressaltar que as teorias bioecológica e transacional se influenciaram reciprocamente, ao longo das décadas de 70, 80 e 90.

1.1.3 *Perspetiva Biodesenvolvimental de Shonkoff*

A partir das perspetivas anteriormente explicitadas, mais recentemente, Jack Shonkoff veio formular um novo enquadramento teórico, seguindo uma abordagem baseada na comunidade, a perspetiva Biodesenvolvimental (Shonkoff, 2010).

As bases deste novo paradigma, que vai beber às teorias das neurociências, biologia molecular, genómica e ciências sociais, são reforçadas por um número crescente de estudos empíricos (Hertzman, 2000; Meaney, 2010; Shonkoff, Boyce & McEwen, 2009) que demonstram que as experiências precoces estão intimamente dependentes do desenvolvimento biológico de múltiplos sistemas orgânicos com impacto a longo termo em diversas áreas do desenvolvimento.

Este enquadramento é apresentado contendo três domínios: a) as interações entre as bases de um desenvolvimento saudável e fatores de adversidade precoces, b) as medidas de adaptação e disfunção fisiológica do corpo e c) os resultados (positivos ou negativos) na aprendizagem, comportamento e saúde física e mental (Shonkoff, 2010).

A *Teoria de Mudança* de Shonkoff (2010) foca-se na importância da resolução de problemas específicos no desenvolvimento infantil, tais como a estimulação das capacidades executivas das crianças, através da capacitação e supervisão direta dos pais e técnicos envolvidos na educação das mesmas durante a primeira infância. Através desta especificação, o autor (2010) defende a melhoria da saúde, do comportamento e da aprendizagem num panorama mais amplo, onde a comunidade e as políticas existentes à volta das crianças e das famílias ocupam papéis de grande relevância e fazem parte de uma transação constante com impacto no futuro. Além das funções executivas, também denominadas capacidades de autorregulação [memória de trabalho, controlo inibitório e flexibilidade mental], existe outro conceito central para esta teoria, o chamado *stress* tóxico, estando ambos intimamente relacionados.

Partindo de uma perspectiva neurológica e colocando a ênfase nas interações e experiências precoces, Shonkoff (2010), chama a atenção para dois aspetos: (1) a constante exposição infantil a fatores de risco existentes nos seus vários níveis ecossistémicos e (2) o fato de estes fatores de risco provocarem altos níveis de *stress* e indisponibilidade fisiológica para a aprendizagem. Segundo o que o autor (2010) expõe, o natural estado de alerta fisiológico provocado por acontecimentos entendidos como ameaçadores, torna-se cada vez mais permanente e disfuncional em situações severas de abuso ou negligência, por exemplo, causando uma sobrecarga nas conexões neuronais em desenvolvimento, reduzindo o número e a intensidade das conexões de aprendizagem e raciocínio e intensificando as conexões estabelecidas pelas vivências *stressantes* constantes.

Desta forma, e com a ausência de interações acolhedoras, afetuosas e competentes, a criança não desenvolve ou tem mais dificuldades em desenvolver de forma adaptativa as habilidades provenientes das suas funções executivas, como as capacidades de focar a atenção, planejar, monitorizar, autocontrolar-se, resolver problemas ou funcionar numa equipa/comunidade. Shonkoff (2010) refere que a biologia da adversidade é essencial para o saudável desenvolvimento humano, permitindo o desenvolvimento das capacidades de autorregulação, quando acompanhada por um ambiente potenciador e adultos que funcionem como reguladores emocionais nos primeiros anos de vida.

O desenvolvimento destas habilidades começa, então, muito cedo, e depende intrinsecamente do ambiente circundante. Com base nesta premissa, Shonkoff (2010), resolve apostar numa construção ativa de competências e capacitação dos adultos envolvidos na vida destas crianças, fortalecendo os sistemas à volta das mesmas. Para que isto seja possível, o quadro político não pode passar por uma transmissão direta e unilateral de conhecimentos teóricos, pois é necessário que se foque na aplicabilidade e tome em consideração as particularidades de cada caso, o que poderia ser alcançado através de um acompanhamento em que se apurem em conjunto estratégias de ação e se capacite o técnico e, por consequente a família, para as levar a cabo de forma independente (Shonkoff & Meisels, 1990).

O intuito por detrás da Teoria de Mudança consiste em identificar problemas específicos, criar hipóteses de resolução e implementá-las, medir e avaliar o seu impacto, tirar conclusões, aperfeiçoar as práticas e reproduzi-las de formas cada vez mais eficazes, alargando-as a mais comunidades, atingindo gradativamente mais pessoas e famílias (Shonkoff, 2010). Em suma, as políticas criadas devem ter um papel preponderante na criação de contextos de vida menos

stressantes para as famílias, permitindo o desenvolvimento das funções executivas em crianças e adultos saudáveis e produtivos, inseridos positivamente na comunidade.

A relação entre as políticas públicas, o cuidado maternal/familiar e a arquitetura do cérebro fica mais clara quando vemos como os acontecimentos, a família e o ambiente da comunidade afetam o desenvolvimento da criança, muitas vezes perpetuando padrões de desenvolvimento disfuncionais (Shonkoff, Hauser-Cram, Krauss & Upshur, 1992).

De um ponto de vista mais amplo, os objetivos deste quadro conceitual consistem em proporcionar mudanças benéficas nas políticas que afetam o desenvolvimento infantil e em alertar decisores políticos para a importância de identificar o mais rapidamente possível as necessidades das crianças em situações de risco em idades precoces. Esta teoria possui, portanto, grande relevância prática no âmbito da Intervenção Precoce.

1.1.4 Teoria geral dos Sistemas e Teoria do suporte Social

Para além das perspetivas acima mencionadas, o meio científico atual destaca outras teorias e perspetivas que contribuíram fortemente para a forma como hoje se encara o desenvolvimento humano.

É importante salientar, por exemplo, o contributo da Etiologia e do modelo biopsicossocial, que procura compreender o desenvolvimento através das múltiplas origens de uma determinada problemática, refletindo sobre a influência simultânea dos contextos biológico, psicológico e social no comportamento do indivíduo (Pimentel, 2003, 2005).

Dentro desta mesma linha de raciocínio, em que o conceito de interação torna-se central para o entendimento aprofundado e mais fiável do percurso desenvolvimental, destaca-se a perspetiva sistémica da família. A Teoria Geral dos Sistemas, criada por Bertalanffy, na década de 1930 (1968, cit. por Relvas, 2000), veio contrariar a noção de que o todo é apenas a soma das suas partes, defendendo que para compreendermos um organismo é imprescindível que conheçamos as relações que estabelece com os demais organismos do sistema e como se dá a sua organização. Tal teoria adequa-se aos mais variados contextos sociais e, inevitavelmente, ao sistema familiar. Desta forma, podemos encarar a família como um todo organizado em que cada membro tem funções e padrões de interação específicos e características que mantêm a estabilidade destes padrões (Minuchin, 1985). Toda a evolução ou mudança ocorrente dentro deste panorama, como por

exemplo o desenvolvimento de uma criança, diz portanto respeito a todo o conjunto familiar e não apenas a um indivíduo, uma vez que qualquer alteração num membro ou interação deste sistema, implicará alterações nos restantes (Minuchin, 1985). É importante referir que, segundo esta teoria, o sistema familiar enquanto sistema vivo e social, encontra-se constantemente em troca de energia e informação com o meio exterior, neste caso, a comunidade em que se insere (Minuchin, 1985).

Relativamente a este último ponto – relação entre família e comunidade – Dunst (1985) contribuiu através da teoria do suporte social, na qual salienta a importância das fontes de suporte social formal e informal. Nestas estariam incluídas, respetivamente, por exemplo, a saúde pública e os programas governamentais de suporte às famílias, familiares, amigos, vizinhos ou comunidade religiosa. Dunst e Trivette (1990) referiram várias dimensões dos suportes sociais que consideraram importantes para o bem-estar da família enquanto um sistema, como por exemplo o seu tamanho, as relações, a frequência dos contactos, as necessidades de suporte, assim como o seu tipo e quantidade, a congruência deste suporte, a recorrência ao suporte, a dependência, a reciprocidade, a proximidade e a satisfação.

Defendendo fortemente a qualidade destas dimensões como impulsionadoras do *empowerment* das famílias e do desenvolvimento, enquadra-se neste modelo a parceria que se deve estabelecer entre pais e profissionais cuidadores das crianças, tanto num contexto de deficiência/dificuldade de aprendizagem quando num contexto regular. No primeiro caso, o modelo ganha relevância, pois a família deverá deparar-se com mais frequência com a necessidade de tomadas de decisões complicadas e alterações dentro dos seus sistemas e subsistemas. É neste panorama que a relação de parceria com o técnico de intervenção precoce, por exemplo, passa a ser fundamental enquanto suporte (Dunst & Trivette, 2009).

Facilmente podemos perceber a complementaridade entre todas estas teorias, uma vez que sublinham os contributos da criança, da família, dos serviços prestados ao desenvolvimento da criança e da comunidade como um todo, fornecendo-nos um panorama global e intimamente inter-relacionado, em que nenhum elemento ou organização se encontram isolados.

1.2 Intervenção Precoce

Os primeiros programas de Intervenção Precoce (IP) foram desenvolvidos nos Estados Unidos na década de 60 e eram dirigidos a crianças de idade pré-escolar consideradas *em risco* de desenvolvimento pelo estatuto socioeconómico das famílias (Pimentel, 1999). Mais tarde, a população-alvo foi alargada também para crianças com deficiência e risco biológico (Pimentel, 1999). Desde os primórdios da IP, a legislação desse país tem acompanhado a evolução do seu conceito e práticas, pelo que esta se torna uma referência importante, vindo a influenciar a legislação e visão de outros países sobre a mesma temática, como veio a acontecer em Portugal (Almeida, 2007).

A IPI tem sofrido ao longo dos anos revisões e mudanças de paradigmas que se mostram interdependentes das reformulações dos modelos de desenvolvimento mais recentes, descritos acima. Tal como para as teorias do desenvolvimento, a primeira geração de programas de IPI centrava-se na criança, apostando em práticas monodisciplinares. Apenas mais tarde as práticas de IPI alteraram o seu foco, centrando-se na família, tendo em conta a comunidade como pano de fundo (Almeida, 2011; Shonkoff, 2010). Atualmente, a IPI defende a prestação de serviços interdisciplinares e transdisciplinares onde os recursos e serviços das comunidades colaboram entre si de forma que a intervenção seja prestada nos contextos naturais de vida das famílias, através de uma perspetiva global, onde os vários técnicos e serviços trabalham em consonância e parceria uns com os outros e com a família (Almeida, 2000; Dunst & Trivette, 2009).

1.2.1 Conceito de Intervenção Precoce

Atualmente pode-se entender a Intervenção Precoce como um conjunto de apoios e recursos prestados às famílias de crianças com atrasos de desenvolvimento, deficiência ou situação de risco biológico ou social, que se enquadrem numa faixa etária entre os primeiros meses de vida até aos 6 anos de idade (Almeida, 2000). Tal intervenção, de carácter preventivo, coordenada e supervisionada por técnicos competentes, deve dar-se através de atividades levadas a cabo pelos elementos das redes sociais de suporte informal e formal e deverão ter influência direta ou indireta sobre o desenvolvimento da criança, dos pais e da família (Dunst, Trivette & Jodry, 1997), com o intuito de melhorar o seu bem-estar.

De acordo com Almeida (2009), a Intervenção Precoce pode ocorrer em três níveis distintos. O primeiro tem como alvo a criança em risco social ou biológico e enquadra-se num contexto de prevenção primária, procurando evitar a ocorrência de problemas ou situação de deficiência, como por exemplo no caso de bebés nascidos prematuramente. O segundo trabalha com crianças com altas probabilidades de desenvolvimento de situações problemáticas e diz respeito a um nível secundário de prevenção, procurando reverter a situação ou impedir que a mesma se agrave e reduzir as necessidades de serviços especializados, como seria o caso de um atraso do desenvolvimento psicomotor numa família com poucos recursos socioeconómicos. O último refere-se a crianças com situação de deficiência já manifestada, sendo denominada prevenção terciária e procurando reduzir sequelas e melhorar a qualidade de vida da criança e da família, de acordo com as suas circunstâncias (Almeida, 2009), como por exemplo no caso de uma criança com Trissomia 21.

Todos os níveis enquadram-se em programas preventivos, uma vez que o conceito de IP, em si, implica uma intervenção implementada o mais cedo possível e estabelecida em idades muito tenras. Em suma, o conjunto de serviços multidisciplinares da IPI pretende, junto da criança e da família, promover a saúde e o bem-estar, fomentar competências emergentes, minimizar atrasos de desenvolvimento, remediar incapacidades existentes ou emergentes, prevenir a deterioração funcional e difundir a função parental adaptativa e o funcionamento do conjunto da família (Meisels & Shonkoff, 2000).

1.2.2 Organização da oferta de Intervenção Precoce em Portugal

Apesar da Intervenção Precoce existir, em território nacional, desde a década de 1960 (Mendes, 2010; Pereira, 2009), apenas em 2009, no âmbito do Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade de 2006-2009, foi elaborado um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), e publicado o decreto-lei nº 281/2009. Pretendendo desenvolver o sistema de intervenção precoce e com o intuito de mobilizar os recursos disponíveis no âmbito das políticas de integração, este DL veio procurar melhorar a aplicação dos princípios fundamentais, nomeadamente a universalidade do acesso à IP, o qual se notava não estar a ser atingido no âmbito do sistema já anteriormente criado ao abrigo do Despacho Conjunto nº 891/99, publicado no DR nº 244/99 de 19 de Outubro.

Com o intuito primordial de assegurar a todos o direito à participação e à inclusão social, independentemente das suas características individuais, e tendo por base o conhecimento de que o desenvolvimento e o crescimento das capacidades humanas são mais potenciados quanto mais precocemente forem acionadas as intervenções, a criação do SNIPI dirigiu-se, portanto, a *todas* as crianças entre os 0 e os 6 anos de idade com *alterações nas funções ou estruturas do corpo* que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social, bem como às suas famílias (Decreto-lei n° 281/09 de 6 de Outubro). São também elegíveis, para usufruto dos serviços do SNIPI, as crianças da mesma faixa etária com risco grave de atraso do desenvolvimento que acumulem *quatro ou mais factores de risco biológico ou ambiental*, ou seja, com efeito cumulativo do risco (Decreto-lei n° 281/2009 de 6 de Outubro). De acordo com o DL publicado, as práticas levadas a cabo pelo SNIPI baseiam-se, obrigatoriamente, nas teorias atuais sobre o desenvolvimento. É importante salientar que a criança referenciada ao SNIPI pode ser sinalizada mesmo que não frequente nenhum estabelecimento de ensino formal, inclusivamente pelos pais ou avós, por exemplo.

Desta forma, o SNIPI deve funcionar por articulação das estruturas representativas do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, em colaboração direta com as famílias, visando o seu bem-estar em comunidade (Decreto-lei n° 281/09 de 6 de Outubro). Seguindo estes princípios, o SNIPI deve assegurar a proteção dos direitos das crianças bem como o desenvolvimento das suas capacidades; detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou com alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento; intervir em função das necessidades do contexto familiar de cada criança de forma a reduzir ou prevenir os riscos de atraso no desenvolvimento; apoiar a família relativamente ao acesso a serviços e recursos dos sistemas que esta pode recorrer; e envolver a comunidade com a criação de mecanismos de suporte social (Pacheco, 2013; Pimentel, 2005).

Estes objetivos são garantidos pelas Equipas de Intervenção Locais (ELI's), as quais são também responsáveis pelo cumprimento dos critérios de elegibilidade das crianças e famílias conforme previsto pelo DL e são multidisciplinares, formadas por técnicos provenientes da área da saúde, da educação e da área social, como por exemplo, enfermeiros, fisioterapeutas, professores, educadores ou assistentes sociais. A ação destas equipas é desenvolvida a nível municipal e estas encontram-se sediadas numa estrutura da comunidade de cada concelho (centros de saúde, instituições privadas de solidariedade social, por ex.), possuindo um funcionamento

transdisciplinar e assente em parcerias institucionais (Almeida, 2013; Pereira & Serrano, 2010; Pacheco, 2013). É papel também da ELI destacar o técnico responsável (coordenador de serviços) por cada caso. Este técnico deverá, primeiramente, avaliar a situação da criança e da família e elaborar um Plano de Individual de Intervenção Precoce (PIIP) que vá de encontro às necessidades da família.

O PIIP é um documento que se baseia na avaliação da criança nos seus contextos naturais de vida e na definição de medidas e ações a desenvolver de forma a assegurar um processo adequado de desenvolvimento, transições ou de complementaridade de serviços e instituições (Augusto, Aguiar & Carvalho, 2013). O PIIP deverá cumprir o papel de orientar as famílias, estabelecer um diagnóstico adequado e “ter em conta não apenas os problemas, mas também o potencial de desenvolvimento da criança, a par das alterações a introduzir no meio ambiente para que tal potencial se possa afirmar, recorrendo-se, para o efeito, à utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens, da Organização Mundial de Saúde” (Decreto-lei nº 281/09 de 6 de Outubro, p. 7298). A participação da família e de outros adultos significativos na vida da criança, como por exemplo o educador do jardim-de-infância, é indispensável para a elaboração do PIIP, uma vez que o plano pretende facilitar os níveis de participação da criança inserida nos seus contextos naturais.

Seguidamente à elaboração do PIIP, a ELI é responsável pela sua execução, em função da situação da criança e da família, devendo identificar necessidades e recursos existentes na comunidade, mobilizando as redes formais e informais de suporte social; pela articulação entre serviços, técnicos e comissões envolvidas e pelos processos de transição para outros programas de forma adequada, ultrapassados os 6 anos de idade (Cabral, 2006; Pacheco, 2013), como, por exemplo, a transição para o decreto-lei 3/08 de 7 de Janeiro.

Este decreto-lei (com algumas retificações publicadas a 12 de Maio do mesmo ano), que veio melhorar o DL 319/91 a respeito do Ensino Especial (Boavida, Aguiar, McWilliam & Pimentel, 2010), foi formulado com o intuito de promover uma educação inclusiva “capaz de acolher e reter, no seu seio, grupos de crianças e jovens tradicionalmente excluídos” (decreto-lei nº 3/08 de 7 de Janeiro, p. 154). Destinado a garantir apoios especializados que promovam o potencial de funcionamento biopsicossocial a crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais (NEE), desde o ensino pré-escolar ao secundário, que frequentem uma instituição de ensino formal, visa responder às “necessidades educativas especiais dos alunos com limitações

significativas ao nível da atividade e da participação, num ou vários domínios de vida, decorrentes da alterações funcionais e estruturais, de *carácter permanente*, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social” (decreto-lei 3/08, de 7 de Janeiro, p. 155).

Uma vez que este DL se enquadra num contexto formal de educação, ao qual se recorre maioritariamente a partir do 1º ciclo do Ensino Básico, o professor titular de turma é que o coordena e elabora o plano de intervenção, em conjunto com os pais e outros técnicos exteriores à escola (Ministério da Educação, 2008). No caso de a criança ter estado ao abrigo do DL 281/09 de 6 de Outubro e beneficiado de IPI durante a idade pré-escolar, é dever da ELI responsável, junto ao futuro professor e junto à família, em conjunto, realizar a transição do plano e dos objetivos, articulando com os mesmos, analisando necessidades e auxiliando na elaboração de novos objetivos. Neste caso, há uma transição do PIIP para o Plano Educativo Individual (PEI), que deverá perdurar por todo o percurso escolar obrigatório da criança, uma vez que apenas se enquadram no DL 3/2008 crianças e jovens com NEE de carácter permanente. Recorre-se também ao DL 3/2008, ainda em idades não escolares, no caso da confirmação de NEE de carácter permanente antes dos 6 anos, situação na qual a criança continua a beneficiar de IPI, de carácter terciário (decreto-lei nº 3/08 de 7 de Janeiro; decreto-lei nº 281/09 de 6 de Outubro).

O PEI, regulado pela Direção Geral dos Estabelecimentos Escolares (DGEsTE) e não mais pelo SNIPI, consiste num “documento que fixa e fundamenta as respostas educativas e respetivas formas de avaliação”. Neste, deve constar, entre outros, a caracterização dos indicadores de funcionalidade com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ) (OMS & DGS em Lisboa, 2004), tal como no PIIP, e o nível de aquisições e dificuldades do aluno; fatores ambientais que funcionam como facilitadores ou como barreiras à participação e à aprendizagem; e a discriminação dos conteúdos, dos objetivos gerais e específicos a atingir e das estratégias e recursos disponíveis.

O PEI deve ser elaborado a partir de um longo processo de avaliação, a partir da qual também é necessária a elaboração de um relatório técnico-pedagógico pela escola, onde é importante que sejam ouvidos todos os intervenientes no processo e onde deve ser assegurada a participação ativa dos pais ou encarregados de educação (Ministério da Educação, 2008). De acordo com o DL 3/2008, o PEI poderá ser revisto e alterado face à evolução do aluno, em qualquer altura do ano letivo, deverá ser revisto em todos os finais de ano letivo e também obrigatoriamente

aquando das transições de ciclo, devendo ser feita a devida passagem de informação aos professores e diretores de turma dos ciclos seguintes.

É importante referir que, uma vez que estes documentos acompanham a criança/jovem durante grande parte do seu percurso escolar, mas o mesmo não acontece com os técnicos que com ele trabalham, é essencial que estes estejam construídos da maneira mais fiável, clara e específica possível, com o intuito de transmitir informações de forma útil e adequada, principalmente no que diz respeito aos objetivos e estratégias a serem implementadas, à história de vida da criança e às características da criança, da família e dos seus contextos (Almeida, 2007).

Relativamente a estes contextos, a intervenção, no âmbito do DL 3/2008 ocorre no ambiente escolar, uma vez que se encontra virada para as dificuldades escolares e adequações às condições de avaliação, ao contrário das intervenções no âmbito do DL 281/2009, que poderá ser levado a cabo nos diversos contextos de vida da criança. Ressalta-se que a qualidade da intervenção estará intimamente ligada à eficácia do técnico em trabalhar em conjunto com a família, desenvolvendo estratégias de adaptação e *empowerment* da mesma, ao contrário de trabalhar com a criança isoladamente (Almeida, 2000, 2011; Guralnick, 2011; Pimentel, 2005).

1.3 Práticas recomendadas em Intervenção Precoce

Como já anteriormente referido, as práticas de IPI foram sofrendo importantes alterações ao longo das últimas décadas, principalmente com base no produto das investigações científicas e teorias contemporâneas sobre o desenvolvimento humano e as relações (Bronfenbrenner, 1999; Sameroff, 2010; Pimentel, 2005; Shonkoff, 2010).

Neste ponto, pretendemos expor as práticas tais como a literatura e a experiência idealmente têm provado ser eficazes no trabalho de crianças em contexto de IP.

1.3.1 *Orientações das práticas e programas de Intervenção Precoce*

Com base na referida evolução do conceito de Intervenção Precoce, em que a saúde, a educação e as ciências sociais se encontram cada vez mais diretamente envolvidas e em que se passa, progressivamente, de um modelo médico para um modelo social de abordagem da

deficiência, não podemos deixar de perceber a IPI como grande motor para a promoção da *inclusão* social (Mendes, 2010). Desta forma, a IPI constitui o primeiro passo para se atingir uma das metas basilares da sociedade – a inclusão para as crianças com incapacidades e suas famílias (Carpenter, 2007; Wolery & Wilbers, 1994).

Os benefícios da inclusão, tanto para a criança com NEE como para a sua família, são indiscutíveis e comprovados cientificamente, trazendo também benefícios para os pares com que interage (Buysse & Bailey, 1993; Peck, Carlson & Helmstetter, 1992), tais como ao nível do desenvolvimento da linguagem, da literacia e da compreensão e controlo emocionais (Papalia et al. 2001 cit. por Barreto, 2009).

Na IP, Bairrão e Almeida (2003) defendem que se deve garantir em primeiro lugar a saúde da criança, uma estimulação adequada do seu desenvolvimento e encorajamento do desenvolvimento individual, interações positivas entre a criança e o adulto, assim como entre a criança e os seus pares. No que diz respeito ao contexto pré-escolar, mais do que integrar a criança numa rotina ou objetivos regulares, é necessário que o jardim-de-infância procure criar oportunidades de aprendizagem bem-sucedida e de participação para a criança com deficiência, através da diferenciação de estratégias educativas. É neste cenário que a Educação Especial ganha relevância e aplicabilidade, uma vez que o professor, numa escola inclusiva, deverá ter formação especializada e conhecimentos para a mudança e para a inovação em termos educativos (Gonçalves, 2011). De acordo com o autor (2011), o princípio da inclusão vem refletir uma igualdade de oportunidades, devendo permitir um conjunto de opções a considerar para cada caso específico, salvaguardando os seus direitos e respeitando as características individuais e necessidades específicas de cada um.

Partindo deste mesmo princípio de individualidade dos casos, a equipa de IPI deverá, idealmente, procurar trabalhar centrando-se nas necessidades do sistema familiar de cada criança, baseando-se nas rotinas existentes e intervindo nos seus contextos naturais (Almeida, 2009). A família, e não só a criança, passa a ser então a unidade de intervenção da IP, para que sejam estas a responder às necessidades específicas das crianças. Por este motivo, o trabalho realizado com a família ultrapassa, muitas vezes, questões que estejam diretamente relacionadas com o desenvolvimento da criança, procurando encarar a família como um todo e considerando relevantes cada um dos problemas sentidos por esta (Almeida, 2011; Augusto, Aguiar & Carvalho, 2013; Mendes, 2010; Pimentel, 2005).

Desta forma e com o intuito de assegurar que as experiências proporcionadas pela equipa de IPI influenciam a promoção das capacidades da criança, dos pais e da família, Dunst (2005) avança com o *Modelo de Terceira Geração Baseado na Evidência* (Figura 1). Como explica Almeida (2011), este modelo assenta num conjunto de três componentes que visam promover práticas centradas na família: (a) oportunidades de aprendizagem da criança; (b) promover as competências parentais; (c) recursos da família/comunidade. Tal como os modelos de primeira e de segunda geração, baseia-se na filosofia do *empowerment*, partindo do princípio que todos os indivíduos apresentam pontos fortes e capacidades, podendo ser mais competentes e que se o mesmo não acontece, dever-se-á a uma falha nos sistemas sociais.

As práticas centradas na família baseiam-se numa verdadeira parceria, em que família e profissionais colaboram entre si tendo em vista um mesmo objetivo, o fortalecimento do sistema familiar. Neste sentido os profissionais devem estar conscientes de que não se podem deixar influenciar pelas suas crenças, pois é crucial que apresentem uma postura recetiva às necessidades da família, promovendo assim, a sua capacitação e envolvimento no processo de tomada de decisão (Almeida, 2009).

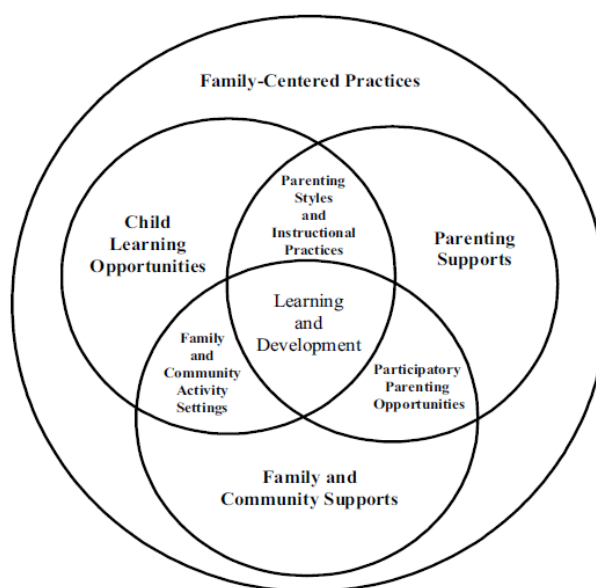


Figura 1: Modelo de Terceira Geração Baseado na Evidência (Dunst, 2005).

Dentro deste contexto, a intervenção faz tanto mais sentido quanto mais inserida estiver nos contextos naturais de desenvolvimento da criança e nas rotinas familiares. Quando nos

referimos a contextos, queremos não só dar destaque ao lugar em que a intervenção deverá ser realizada, mas sim, a todo o seu ambiente, ou seja, também à forma como se realiza (Almeida, Carvalho, Ferreira, Grande, Lopes, Pinto, *et al.*, 2011). Esta perspectiva, referem Almeida e colaboradores (2011), inclui a família, a vida na comunidade e a creche/jardim-de-infância, enquadrando os mesmos enquanto cenários que proporcionam múltiplas oportunidades para aprendizagem, vindo a constituir, portanto, cenários ótimos de intervenção.

Nestes contextos, é papel do profissional, em conjunto com a família e outros adultos significativos, identificar rotinas propícias para cada aprendizagem, como por exemplo o lanchar, o brincar ou o vestir-se. As rotinas devem ser definidas como repetitivas, previsíveis e que permitam que a criança se torne, gradualmente, autónoma (Yoder & Warren, 1993, cit. por Almeida *et al.*, 2011). A aprendizagem será mais eficaz se o contexto apresentar um nível moderado de novidade, uma vez que este equilíbrio permite que a criança não despenda demasiados recursos na sua realização; nem desista por falta de interesse (Almeida *et al.*, 2011).

A intervenção baseada nos contextos naturais e nas rotinas tem-se provado como um meio ótimo de aprendizagem e generalização por parte da criança, constituindo, também, o melhor meio de capacitação dos adultos envolvidos no seu dia-a-dia (Almeida *et al.*, 2011).

Por outro lado, alertam os mesmos autores (2011), que tal metodologia pressupõe uma colaboração de qualidade entre os parceiros, assim como uma planificação complexa entre os educadores de infância, os profissionais de educação especial e os pais, exigindo uma elaboração cuidada das atividades, por parte de todos os intervenientes. Estas atividades deverão ser simultaneamente adequadas à idade de desenvolvimento da criança (não apenas à idade cronológica) e às suas características individuais, colmatando as suas necessidades específicas e sendo dirigidas pela própria criança, enquanto apoiadas pelo adulto (Almeida, 2011; Gonçalves, 2011; Gronita, Pimentel, Matos, Bernardo & Marques, 2009). Para que estas atividades sejam levadas a cabo de forma eficaz, a criança deverá estar envolvida ativamente no seu meio físico e social, onde o adulto deverá servir de mediador e onde a interação adulto-criança possui um papel de importância central (Augusto *et al.*, 2013; Gonçalves, 2011).

O estilo de interação dos adultos com a criança constitui-se como objeto essencial de intervenção por parte do técnico de IP, uma vez que a forma como os pais – ou educadores – respondem, interagem, apoiam ou encorajam a criança, promovem ou não o seu desenvolvimento,

assim como a confiança e a competência dos próprios adultos no seu papel (Bowlby, 1998; Trivette, *et al.*, 2010; Kennedy & Kennedy, 2004). As práticas interativas onde está presente a responsividade do adulto às atividades iniciadas e dirigidas pela criança e que criam oportunidades para que esta possa praticar competências emergentes e desenvolver capacidades já adquiridas, abrem caminho para a aprendizagem natural por parte da criança, assim como para o estabelecimento de uma relação afetiva de qualidade entre o adulto e a criança (Bretherton, 2005; Maia & Veríssimo, 2011), sendo portanto, importante que o técnico trabalhe sobre a mesma.

Independentemente da condição ou incapacidades da criança, o fundamental é que os adultos aprendam a potencializar a sua aprendizagem partindo daquilo que aquela já consegue realizar, interagindo com ela dentro da sua zona de desenvolvimento proximal (Vygotsky, 1978) e servindo como uma espécie de “andaime” no qual a criança se pode apoiar para evoluir (Wood, Bruner & Ross, 1976), iniciando atividades que ainda não consegue realizar sozinha, mas sim com ajuda de um parceiro mais competente (pai, mãe, tia, avô, educadora, auxiliar, etc.). Este conceito implica que a ajuda dada seja a mínima necessária para a realização do objetivo e que vá sendo retirada progressivamente, conforme a zona de desenvolvimento proximal da criança se alarga, ou seja, conforme evoluem as suas competências, vindo esta a necessitar cada vez menos do adulto para realizar uma determinada atividade (Vygotsky, 1978). É papel do técnico auxiliar a família neste processo interativo (Almeida *et al.*, 2011).

Os profissionais devem, acima de tudo: (a) levar a cabo um programa de promoção de competências, tendo os pontos fortes da família como ponto de partida e não procurar implementar um programa de remediação; (b) considerar a família como sua parceira, partilhando com a mesma toda a informação que conhece (não apenas a que considerar pertinente), reconhecendo o seu poder último de decisão sobre a criança; (c) procurar compreender e proporcionar suporte a todo o sistema familiar, estando presente e recorrendo à escuta ativa, estando atento às preocupações da família e estabelecendo uma relação de confiança com a mesma; (d) promover a potenciação das oportunidades de aprendizagem naturais da criança; (e) compreender a família e todos os seus elementos como inseridos numa comunidade, respeitando as suas características, fortalecendo as suas redes de apoio, trabalhando a reciprocidade da comunidade e inclusão da família e proporcionando uma verdadeira coordenação de serviços e recursos face às necessidades (Cabral, 2006; Dunst & Trivette, 2009; Pereira, 2009).

Para que toda esta complexidade interventiva e necessidades de diferentes origens dentro do seio familiar se concretize de forma eficaz, será necessário contar com profissionais de diferentes valências, que realizem um trabalho *conjunto* e devidamente *coordenado* – uma equipa transdisciplinar. Conforme referido por Pacheco (2013), presume-se, neste modelo de equipa, uma multiplicidade de saberes, formações e intervenções que têm de ser conjugadas, onde todos os profissionais devem partilhar os mesmos objetivos e estratégias com vista ao bem-estar da criança e da família.

Desta forma, o modelo transdisciplinar, que ultrapassa o *multi* e o *inter*, é reconhecido por diversos investigadores (Cabral, 2006; Mendes, 2010; Pereira & Serrano, 2010) como a organização de equipa mais adequada à IP. Neste modelo, apesar de cada profissional ter a sua área de especialidade, não só as informações de uma disciplina têm utilidade para as outras, como também apenas um profissional, o coordenador de caso, apoia diretamente a família e implementa intervenções planeadas e supervisionadas também pelos demais profissionais da equipa (Mendes, 2010). Este é um modelo facilitador de uma avaliação mais abrangente e uma planificação unificada, que vem evidenciando inúmeras vantagens no âmbito da IP, principalmente no que se refere ao estabelecimento de relação e passagem de informação com o técnico (apenas um), à elaboração de um plano de intervenção coerente e segundo uma abordagem holística e à relação custo-eficácia dos serviços de IP, uma vez que este modelo é reconhecido como menos dispendioso a nível financeiro (Almeida *et al.*, 2011; Bairrão & Almeida, 2003; Guralnick, 2011).

É de destaque o papel do coordenador de caso neste tipo de modelo interventivo, uma vez que é este o profissional que apoia diretamente a família e no qual estão concentrados os recursos e informações necessários à mesma (Carmo, 2004; Pimentel, 2005). É portanto um modelo que se alicerça numa liderança clara, mas também num forte princípio de colaboração e transferência de papéis, onde existe uma intersecção sistemática das fronteiras disciplinares pelos diversos membros da equipa.

Optou-se por finalizar este capítulo com um modelo denominado *Ciclo de Intervenção*, de Simeosson *et al.* (1996), uma vez que este pretende orientar as diferentes etapas que os casos de IPI devem seguir. Este ciclo, que os autores definiram com o auxílio de um estudo de caso, pressupõe 5 etapas distintas e, para além de as definirem, fornecem exemplos de estratégias que podem ser utilizadas.

A primeira, depois de feita a sinalização da criança, consiste na definição das expectativas da intervenção, discutidas pela família e técnicos que acompanham a criança, onde o foco é

essencialmente centrado no primeiro interveniente. Esta etapa é importante porque é onde se recolhem informações sobre a individualidade da família; onde se definem os objetivos e, caso seja necessário, se corrigem e adequam algumas das suas expectativas irrealistas; e serve de referência para o acompanhamento e *follow-up* determinando as congruências entre expectativas e resultados.

A segunda etapa é relativa à avaliação feita por uma equipa multidisciplinar onde é essencial ter em conta as características, necessidades, recursos e prioridades da família e da criança, bem como as competências funcionais da última. É ainda nesta fase que as preocupações da família são ouvidas e é com estes dados que se procede à elaboração conjunta do Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF), terceira etapa do ciclo de intervenção. O PIAF deve definir as individualidades da família, conter as necessidades e recursos das duas partes implicadas (família e criança) e descrever os objetivos e respetivos resultados esperados identificando as preferências da família.

A penúltima etapa consiste na implementação e monitorização dos serviços por parte da equipa transdisciplinar e em conjunto com a família. O grau de envolvimento na monitorização pode variar consoante cada caso e também ao longo do processo, sendo por isso variável de acordo com as necessidades sentidas. Esta implementação, segundo deve basear-se numa integrados nas rotinas da vida diária da criança e da família.

É de ressaltar que é de extrema importância que a prestação de serviços ocorra em contextos naturais, de acordo com as rotinas preferidas pelas crianças e/ou pelos pais (McWilliam, 2010 cit. por Gronita *et al.*, 2009). O técnico deve, portanto, identificar as rotinas típicas do dia-a-dia, selecionando aquelas pelas quais as crianças e/ou os pais demonstrem maior interesse e necessidade em trabalhar, basear-se nas estratégias já utilizadas pelos pais, planear a intervenção a ser realizada e discuti-la com os adultos envolvidos e inserir e modelar novas estratégias (Almeida *et al.*, 2011). A intervenção baseada nas rotinas possui inúmeras vantagens, uma vez que poupa tempo e energia tanto ao adulto quanto à criança, aproveita as características funcionais das aprendizagens, potencia a generalização por parte da criança, aumenta as oportunidades de repetição das competências a serem desenvolvidas, assim como a motivação por parte dos intervenientes e a previsibilidade da tarefa (Boavida et al, 2010; Mendes, 2010; Pimentel, 2004, 2005).

Por fim, na quinta e última etapa do ciclo, é quando se devem determinar em que nível é que os objetivos definidos foram alcançados e perceber a satisfação da família em relação à

intervenção e, mais uma vez, são pesadas as suas expectativas em relação aos resultados da intervenção. Se necessário, redefinir-se-ão ou adicionar-se-ão novos objetivos, intervenções e o ciclo recomeça.

A eficácia desta intervenção resulta pelo facto de ser individualizada, direcionada à criança e família e porque é um modelo flexível que conta com mecanismos de monitorização que ajudam à orientação dos profissionais e da família.

Segundo refere Pacheco (2013),

com o aperfeiçoamento do modelo de intervenção centrada na família, o papel do coordenador de serviços abandonou a procura e obtenção de serviços e recursos para a família para se centrar no fortalecimento familiar. Assim, este profissional passa a coordenar, com a família, os serviços e recursos que respondem às necessidades da criança e da família e que esta identificou como aqueles a que pretende recorrer. (p. 22).

Se tal coordenação de recursos provenientes da comunidade, da rede de suporte e do próprio seio familiar for eficaz, o técnico estará a ajudar a família não só na sua busca por recursos existentes, como também a antever os próximos estádios de desenvolvimento da criança e a antecipar as suas próximas necessidades, tornando-a competente e autónoma (Dunst & Trivette, 2009).

1.4 A prática atual da Intervenção Precoce em Portugal

Existem, ainda, muitas dificuldades inerentes à aplicação das práticas recomendadas, tanto por parte dos profissionais quanto por parte dos pais e demais adultos presentes na vida das crianças. Os primeiros, por estarem predispostos a prestar serviços e a aconselhar, e os últimos, muitas vezes, por estarem mais familiarizados com um modelo clínico de intervenção do que com uma intervenção conjunta/corresponsabilizada (Almeida *et al.*, 2011; Bairrão & Almeida, 2003; Mendes, 2010). Muitas vezes, as próprias características socioculturais envolventes, num determinado país, podem ser mais propícias ao sucesso de algumas destas práticas, do que noutro, determinando diferentes rotas evolutivas no que diz respeito à prática propriamente dita (Pacheco, 2013; Pimentel, 2005).

Segundo Mendes (2010), muito se caminhou desde a década de 1960, com a criação dos primeiros programas dirigidos a crianças com necessidades educativas especiais, até aos dias de hoje, no que diz respeito às práticas de IPI no nosso país (ver Quadro 1, abaixo).

Quadro 1

Intervenção Precoce na Infância em Portugal

<i>Período</i>		<i>Marcos Históricos</i>
Século XX	Anos 1960	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Criação do Serviço de Orientação Domiciliária – Implementado por enfermeiras de saúde pública dos Centros Materno-Infantis. ❖ Primeiros programas dirigidos a crianças com necessidades especiais, nomeadamente, intervenção nas primeiras idades para crianças cegas, a nível nacional.
	Anos 1970	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Criação de Equipas de Orientação Domiciliária – Constituídas por educadoras especializadas do Ministério dos Assuntos Sociais. ❖ Criação da divisão de Educação Especial e, sob tutela do Ministério da Educação, fundação por iniciativa de pais e profissionais das Cooperativas de Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas.
	Anos 1980	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Programa Portage para Pais – Implementado e divulgado pela Direcção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica. ❖ Projecto Integrado de Intervenção Precoce – Modelo de coordenação e de integração de serviços do Distrito de Coimbra.
	Anos 1990	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ratificação da Convenção sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas. ❖ Assinatura da Declaração de Salamanca, que preconiza a intervenção e inclusão precoces para crianças em risco de atrasos no desenvolvimento ou com incapacidades. ❖ Implementação a nível nacional de vários projectos e serviços de intervenção precoce, dinamizados por Cooperativas ou Associações de Solidariedade Social. ❖ Despacho n.º 26/95, Ministério da Segurança Social – Regulamenta o Programa Ser Criança. ❖ Portaria 52/97, Ministério da Educação – Regulamenta a articulação com as equipas de educação especial, para atendimento a crianças entre os 0 e os 6 anos de idade com necessidades especiais. ❖ Portaria n.º 1195/95, Ministério da Educação – Regulamenta as condições de frequência dos alunos com necessidades especiais nas Cooperativas de Educação Especial e define, quando da sua revisão em 97, a Intervenção Precoce. ❖ Portaria n.º 1102/97, Ministério da Educação – Regulamenta o financiamento a projectos integrados, incluindo a prestação de apoios às famílias, promovidos por instituições de solidariedade social. ❖ Despacho Conjunto n.º 198/99 – Aprova o conjunto referencial de perfis de formação especializada dos educadores de infância e dos professores dos ensinos básico e secundário. ❖ Despacho Conjunto n.º 891/99, Ministérios da Educação, da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social – Aprova as orientações reguladoras da Intervenção Precoce para crianças com deficiência ou em risco de atraso grave do desenvolvimento e suas famílias.
Século XXI	Anos 2000	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ratificação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas. ❖ Decreto-Lei n.º 281/2009, Ministério da Saúde – Criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.

(adaptado de Mendes (2010))

Em Portugal, de acordo com Mendes (2010), desde a década de 1990, assiste-se a uma expansão significativa dos programas de intervenção precoce, mas só foi publicado em 1999 o despacho conjunto que organizava os serviços de IP, constituindo este o grande marco que antecedeu e abriu portas para a criação do Decreto-lei 281/09 de 6 de Outubro e criação de uma entidade responsável pela IPI a nível nacional, tal como já foi referido neste trabalho. A medida de 1999 veio refletir tanto a investigação quanto a prática em curso fora do país, principalmente nos Estados Unidos da América e foi de difícil aplicação em território nacional (Mendes, 2010). Com inúmeras assimetrias em função das diferentes regiões do país, verificou-se que não estavam a ser seguidos os critérios estabelecidos pelo despacho, nas suas várias valências, como, por exemplo, para a multidisciplinaridade na avaliação dos programas ou para a coordenação inter serviços (Mendes, 2010).

A autora refere que muitos foram os programas e serviços levados a cabo em várias localidades do país, programas estes que diferiam entre si quanto ao “enquadramento conceptual, modelos de prestação de serviços, público-alvo, metas, avaliação de resultados, nível de envolvimento parental, tipo, intensidade e duração” (Mendes, 2010, p. 85), mas que durante os anos 90, a IPI em Portugal passou explicitamente a estar centrada na família, deixando de se centrar na criança, tendo este modelo começado a ser implementado em algumas localidades.

Não obstante, e apesar do contínuo crescimento da IPI em Portugal, como refere Almeida (2011), ainda se assiste a um grande hiato entre as investigações e a prática, que “se traduz numa deficiente utilização das práticas baseadas em evidências” (p. 5). A autora (2011) aponta como evidentes a existência de lacunas na diversificação de respostas dos técnicos, na eficácia na utilização do Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF), na mobilização de redes de suporte social da família, na coordenação de recursos e serviços e na formação e supervisão dos profissionais; todas estas características são consideradas imprescindíveis para um funcionamento eficaz da equipa e resultados da intervenção. Outra grande falha refere-se à implementação da mudança de paradigma por parte dos profissionais e também das famílias. Segundo refere Mendes (2010), os modelos centrados na família não são uma realidade em Portugal, pois os pais não são envolvidos como parceiros no processo de intervenção, que continua a recair no modelo de especialista, permanecendo os pais de forma pouco ou nada participativa no processo de intervenção ou na tomada de decisão na vida dos filhos.

Bairrão e Almeida (2003) referem uma série de problemáticas nos serviços portugueses de IP, evidenciando a grande distância que existe entre os nossos serviços e os americanos, dando destaque à falta de formação especializada e de financiamento ajustado às características da população. São apontadas também as falhas na planificação da avaliação dos programas, que deveria ser tão relevante quanto a própria intervenção e que muitas vezes são inexistentes (Pimentel, 1999).

É evidente a preocupação com a qualidade dos serviços, com a organização de estruturas de saúde capazes de realizar um rastreio precoce e acompanhamento adequado, com a organização das redes sociais de apoio, com a garantia de um trabalho feito com a família por parte da Segurança Social, com a criação de uma rede de comunidade, com a criação de um sistema educativo capaz de colocar em prática a diferenciação pedagógica (Bairrão & Almeida, 2003) para o futuro da IPI em Portugal. De acordo com os mesmos autores (2003), apesar de dever se reconhecer como benéfica a adoção da prática e dos modelos comprovados como eficazes pelos Estados Unidos, é de criticar a simples transposição dos mesmos a um país como Portugal, com nenhuma tradição de trabalho no âmbito da IP, onde a aplicação das investigações científicas a um contexto prático é escassa, mesmo em comparação a outros países da Europa. Remata-se que as investigações realizadas ao nível da avaliação dos programas e do percurso feito até hoje pela IPI apontam para obstáculos legislativos e financeiros à qualidade do serviço, como o grande desafio futuro da IPI no país (Bairrão & Almeida, 2003; Bairrão, 2003; Mendes, 2010).

CAPÍTULO 2 – DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

2.1 Problemática em estudo e questões de investigação

As perspetivas atualmente defendidas para a compreensão do desenvolvimento humano têm em conta as características do ambiente e do indivíduo, assim como o processo e produto das transações entre estas (Bronfenbrenner, 1995; Sameroff, 2010; Shonkoff, 2010). Desta forma, as práticas de IPI recomendadas consideram a criança e os diferentes contextos em que se insere, o que nos remete para a importância de haver uma transdisciplinaridade no trabalho de equipa com profissionais de diferentes áreas (Dunst & Bruder 2002 cit. por Mendes, 2010). Outro fator crucial apontado pela literatura (eg. Almeida, 2009; Correia, 2011, Meisels & Shonkoff, 2000) como de preponderante importância no âmbito da IPI consiste na prevenção, procurando atenuar predisposições para comportamentos de risco futuros, quando se trabalha com crianças e famílias inseridas em determinados contextos.

Atualmente, as políticas vigentes em Portugal têm procurado ir de encontro à literatura orientadora e à prática no âmbito da IPI e das Necessidades Educativas Especiais (NEE) a nível internacional, o que é possível verificar através da publicação dos decretos-lei 3/2008 (Apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos sectores público, particular e cooperativo) e 281/2009 (Criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI)), por exemplo. Contrariamente, estudos realizados sobre o tema (Augusto *et al.*, 2013; Almeida, 2011; Pimentel, 2004, 2005) evidenciam que as práticas em si e a perceção dos pais e dos profissionais envolvidos em processos de intervenção precoce apontam para um trabalho ainda muito centrado na criança com dificuldades e não no *empowerment* das famílias na comunidade.

Estudos portugueses realizados em pontos distintos do país (Almeida, 2007; Cabral, 2006; Carmo, 2004; Mendes, 2010; Pacheco, 2013; Pereira, 2009; Pimentel, 2003) evidenciam que os profissionais apresentam diferenças significativas em relação aos serviços prestados e a importância que lhes atribuem. Por fim, também são registadas diferenças significativas comparando os resultados dos pais e dos profissionais, sendo que os primeiros tendem a atribuir menor importância aos serviços em relação aos segundos (Pimentel, 2003).

Passados seis anos desde a publicação destes decretos (Dec.-Lei 3/08 e 281/09) torna-se pertinente perceber que diferenças se observam nos diversos serviços e contextos desde a sua criação e inerente implementação. Esta necessidade leva-nos a questionar-nos:

Será que as práticas de avaliação, planificação e intervenção dos profissionais já se orientam atualmente para o modelo de intervenção centrado na família?

Será que as perceções dos profissionais acerca da orientação das suas práticas de IPI (para a família *versus* para a criança) são consistentes com as orientações constatadas nas suas intervenções?

Será que a importância que os profissionais atribuem ao tipo de orientação da IPI (para a família *versus* para a criança) é congruente com as perceções que têm da sua intervenção?

Será que a importância que os pais atribuem ao tipo de orientação da IPI (para a família *versus* para a criança) é congruente com as perceções que têm da intervenção dos profissionais com os seus filhos?

Em que medida é que serão consonantes a orientação das práticas de IPI percebidas pelos pais e pelos profissionais?

Tendo em consideração o panorama teórico exposto anteriormente e as características discrepantes dos contextos e dos serviços de IPI em Portugal, orientam a presente investigação os seguintes objetivos:

- Analisar as práticas de IPI em diferentes contextos de prestação de serviço – equipas de intervenção precoce na infância (D.L. 281/09 de 6 de Outubro) e Educação Especial (D.L. n° 3/08 de 7 de Janeiro);
- Avaliar se as práticas profissionais analisadas se adequam ao modelo de IPI centrado na família/na comunidade, procurando identificar variações associadas aos serviços, contextos de intervenção e experiência profissional em IPI.
- Comparar as perceções das famílias sobre as práticas nos diferentes tipos de contexto – domicílio, creche e J.I. (ELI e MEC);
- Comparar as perceções dos profissionais sobre as práticas nos diferentes tipos de contexto – domicílio, creche e J.I. (ELI e MEC);

- Comparar a importância que os profissionais atribuem à IPI com as percepções da sua intervenção.
- Comparar a importância que os pais atribuem à IPI com as percepções da intervenção dos profissionais.
- Avaliar a qualidade dos objetivos dos programas (PIIP e PEI) nos diferentes contextos em função da avaliação das necessidades da criança e da família;
- Analisar e comparar a documentação existente nos diferentes processos de Intervenção Precoce.

Pretende-se; com este estudo, contribuir empiricamente para o aperfeiçoamento futuro da Intervenção Precoce em território nacional.

3.1. Abordagem metodológico do estudo

A metodologia adotada neste estudo é de natureza qualitativa ou descritivo-interpretativa, na medida em que se pretendem detetar as orientações prevalentes no discurso e nas práticas de intervenção precoce e explorar a sua qualidade. Para isso optou-se por realizar um *estudo instrumental* (Stake, 2000) com casos múltiplos (Yin, 1994), estudados conjuntamente para compreender relações entre diferentes facetas do fenómeno em estudo e não para proceder a comparações ou correlações estatísticas. Esses casos foram *intencionalmente selecionados por máxima variação* (Bravo, Eisman, Buendia, 2012) de serviços de IPI oferecidos e de contextos em que a mesma é assegurada, de modo a permitir uma melhor compreensão das orientações e qualidade das práticas de IPI desenvolvidas atualmente.

De carácter descritivo e exploratório este estudo não tem como objetivo a generalização dos resultados a universos maiores do que os inquiridos, mas compreender diferentes aspetos da IP na infância e apreciar se esta vai ao encontro do que se espera e defende (Dunst & Bruder, 2002 cit. por Almeida, 2011).

Sublinha-se que este estudo foi realizado no âmbito de uma investigação mais abrangente, que dará origem a uma tese de doutoramento, pelo que os dados foram recolhidos e analisados em conjunto com outros investigadores.

3.2 Participantes

Os seis estudos de caso analisados nesta investigação envolvem como participantes diretos as crianças, os seus pais e profissionais de intervenção precoce. A sua caracterização é explicitada nos pontos seguintes.

3.2.1 Crianças

As crianças participantes foram quatro rapazes e duas raparigas em idade pré-escolar. A recolha de dados foi feita por conveniência, pelo que todas as crianças desta amostra possuíam, à data da recolha, diagnóstico ou suspeita de diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo. Além do critério facilidade para a realização da investigação, optou-se por utilizar-se uma amostra com estas características por se tratar de uma Perturbação de largo espectro, pelo que se anteviu grande variedade de características e planos de intervenção precoce.

Do total de casos, quatro foram obtidos através das Equipas Locais de Intervenção (ELI) e três, através das Equipas de Educação Especial do Ministério da Educação e Cultura (MEC). Os das ELI's são provenientes de diferentes contextos (Domicílio, creche ou jardim de infância), com o intuito de abranger e permitir a reflexão dos variados contextos onde a intervenção precoce pode estar inserida. Todos os casos pertencem ao Distrito de Lisboa.

3.2.2 Profissionais

No quadro 2 sumaria-se a caracterização dos profissionais participantes.

Quadro 2

Caracterização dos técnicos de IPI participantes no estudo

Casos	Serviço	Formação	Experiência em IPI (em anos)	Tempo de trabalho no caso (em meses)
Bruna	ELI	Terapia Ocupacional	5	2
André	ELI	Educação Especial	4	7
Amélia	ELI	Educação Especial	20	9
José	MEC	Educação Especial	6	6
Francisco	MEC	Educação Especial	5	7
Tiago	MEC	Educação Especial	15	6

Legenda: ELI- Equipa Local de Intervenção; MEC- Ministério de Educação e Ciência

Ao analisarmos o Quadro 2, é possível verificarmos diferenças apreciáveis em relação ao tempo de prática em IPI das profissionais, que varia entre os 4 e os 20 anos de experiência. O tempo de acompanhamento de cada caso também varia consideravelmente, variando entre os 2 e os 15 meses de intervenção. O mesmo não acontece no que diz respeito à formação dos técnicos, uma vez que a generalidade (5 em 6) é docente de Educação Especial (DEE).

3.2.3 Famílias

Neste estudo, as mães representaram as famílias nos seis casos em análise, embora se tenha contado ainda com a participação de uma avó.

3.3 Instrumentos de recolha de dados

De seguida serão apresentados os instrumentos utilizados para a recolha de dados necessária à consecução dos objetivos.

3.3.1 Escala de Intervenção Focada na Família (EIFF)

Esta escala (cf. Anexo I) é uma adaptação portuguesa realizada por Pimentel (2003) da *Family Focused Intervention Scale* de Mahoney, Sullivan e Dennenbaum (1990). Tem como objetivo aceder às perceções dos pais e técnicos de intervenção precoce relativamente às práticas da mesma. Existem quatro versões da escala, duas para os pais e duas para os profissionais em que uma versão procura aceder às suas perceções em relação às práticas e a outra à importância que estes lhes atribuem.

A EIFF é composta por 40 itens cotados numa escala de Likert de seis pontos, em que o ponto 1 corresponde a “nunca” e o 6 a “sempre”. Os itens encontram-se distribuídos por duas subescalas, sendo a primeira *Serviços focados na família* e a segunda *Serviços focados na criança*. Há correspondência dos números dos itens entre as diferentes versões, uma vez que estas apenas se centram em diferentes públicos-alvo (família/técnicos) e na perceção da frequência e/ou importância que é dada a este tipo de serviços.

A cotação das quatro versões desta escala é feita através das médias das duas subescalas contempladas.

A escala pode ser preenchida direta ou indiretamente (através de entrevistas).

3.3.2 Perfil de Sala Inclusiva

Este instrumento consiste numa tradução e adaptação provisória realizada por Corval e colaboradores (Albergaria, 2012) a partir da *Inclusive Classroom Profile* (Soukakou 2007 cit. por Albergaria, 2012). Trata-se de uma escala de observação estruturada que pretende avaliar a qualidade das práticas diárias em contextos inclusivos. Tendo em conta que os contextos são importantes para a sua aplicação, as observações devem ser realizadas no contexto de interações com os pares, atividades e rotinas diárias que impliquem todas as crianças da sala.

A escala integra na totalidade 12 itens: (1) adaptação do espaço, materiais/equipamentos, (2) envolvimento do adulto nas interações com os pares, (3) orientação dos adultos nos jogos e atividades, (4) resolução de conflitos, (5) sentido de pertença ao grupo, (6) interações adulto-criança, (7) apoio para a comunicação, (8) adaptação das atividades de grupo, (9) transições entre atividades, (10) feedback, (11) parceria profissionais-família e (12) monitorização da aprendizagem da criança. Cada item possui indicadores de qualidade que são apresentados sob forma de descritores qualitativos.

Assume o formato de escala tipo Likert que varia entre o 1 e 7 valores. O primeiro remete para a práticas muito inadequadas em relação à participação ativa da criança com NEE no grupo e na resposta às suas necessidades individuais. O último é utilizado para classificar práticas que promovem de forma intensiva a participação da criança com NEE no grupo a partir de estratégias e modificações ou ajustamentos individualizados (Albergaria, 2012).

Uma vez que os contextos de observação neste estudo são diversificados, contemplando observações tanto em contexto de sala de aula como em contexto de gabinete e domicílio, e que mesmo daqueles que se encontram a frequentar estruturas de jardim-de- infância/creche alguns casos foram observados em intervenções individuais, resolveu-se recorrer a este instrumento usando os seus indicadores de qualidade como referenciais qualitativos das práticas e comportamentos dos adultos que orientassem o registo de observações estruturadas, não procedendo a cotações quantitativas do instrumento.

3.3.3 Escala da Funcionalidade dos Objetivos

A versão utilizada nesta investigação da *Goal Functionality Scale III* foi traduzida e adaptada a partir da original (McWilliam, 2009), no âmbito do Projeto de Participação Social de crianças com incapacidades em contextos pré-escolares inclusivos, coordenado por Aguiar (Boavida *et al.*, 2010) na Unidade de Investigação em Psicologia Cognitiva, do Desenvolvimento e da Educação (UIPCDE) do ISPA-IU.

A escala (cf. Anexo II) avalia a qualidade de cada objetivo do PIIP/PEI tendo em conta sete critérios de formulação: (1) insere-se na rotina da criança, (2) é um comportamento específico, (3) é uma competência necessária, (4) é observável/mensurável, (5) permite perceber o critério de aquisição da competência, (6) é generalizável e (7) é específico quanto ao tempo esperado para a aquisição da competência. Os objetivos são cotados independentemente através de uma escala de Likert de quatro pontos (De forma nenhuma, Um pouco, Muito, Deveras). A cotação de cada objetivo consiste na soma dos valores atribuídos nas sete dimensões, sendo que quanto maior for o valor, maior é a qualidade do objetivo. Os valores da cotação de cada objetivo podem variar entre os 1 e 4 pontos, numa amplitude de 7 a 28 pontos.

3.3.4 Individualized Family Service Plan Rating Scale

A *Individualized Family Service Plan Rating Scale* (IFSRS) (cf. Anexo III) foi originalmente desenvolvida por Jung e McWilliam (2005). A sua tradução e adaptação, tal como a GFS III, foi realizada no projeto coordenado por Aguiar *et al.* (Boavida *et al.*, 2010) já referido.

Trata-se de uma escala do tipo likert que procura avaliar a qualidade da formulação dos objetivos dos PEI/PIIP em relação à: (1) escrita; (2) necessidade; (3) especificidade; (4) contexto; (5) papel da família; (6) correspondência objetivos-estratégias. A sua cotação varia entre 1 e 5 valores, que corresponde a uma qualidade pobre, mediana ou boa, respetivamente.

3.3.5 Protocolo de Análise Documental

Esta *checklist* (cf. Anexo IV) foi elaborada por Mendes (2010) com base nos documentos existentes nos processos de cada caso e tem como objetivo caracterizar os procedimentos e ações desenvolvidas no contexto do programa de IP. Está agrupado por três tópicos:

(1) o primeiro visa recolher a documentação existente com 15 alíneas (ficha de sinalização; ficha de informação familiar; ficha de anamnese; registos de observação em contexto; registos de avaliação do desenvolvimento; registo de exames médicos; relatórios de outros serviços; PIAF – Plano Individualizado de Apoio à Família; programa de intervenção (PIIP ou PEI); registos de reuniões de discussão de caso; registos de reuniões com a família; registos de reuniões com outros serviços; registos de sessões de intervenção; registos de sessões de supervisão; e um espaço para registar algum documento considerado pertinente;

(2) o segundo tópico está ligado aos procedimentos de avaliação (intervenientes; local; instrumentos para a avaliação da criança; instrumentos para a caracterização da família; informações recolhidas na família; informações recolhidas de outro serviços; tipo de registos; periodicidade da reavaliação pela equipa; intervenientes na reavaliação; avaliação periódica da intervenção e passagem de informação) com 63 alíneas no total;

(3) o terceiro e último tópico prende-se com o procedimento de intervenção (intervenientes na planificação; objetivos educativos; objetivos para outras áreas de intervenção; intervenientes no programa; periodicidade de intervenção e local) com 38 itens.

Através deste instrumento conseguem-se informações importantes elaboradas pelos participantes relativamente às suas práticas. Destaca-se que, como se trata de uma análise documental, o critério que se utilizou para considerar a participação dos intervenientes passou por verificar nos documentos oficiais que assinaturas vigoravam.

3.4 Procedimentos

Como já mencionado anteriormente, esta dissertação está inserida num projeto de doutoramento em curso, pelo que a maioria dos procedimentos para recolha de dados tinham já sido realizados pela doutoranda.

Para a recolha de dados relativamente à planificação, intervenção e perceções dos pais e profissionais relativamente às práticas, o estudo passou por duas fases distintas. A primeira fase consistiu em pedir a todas as ELI do distrito de Lisboa a sua colaboração, a segunda em fazer o mesmo nos agrupamentos de escolas do MEC do distrito de Lisboa. No caso das ELI o pedido para a participação no estudo foi feito através do contacto por *email* com uma pequena explicação

do estudo, no caso do MEC foi necessária a autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados para se proceder aos contactos com os agrupamentos de escolas.

Eram considerados requisitos haver uma criança com necessidades educativas especiais com diagnóstico ou suspeita de diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo.

Numa segunda fase, depois de conseguidas todas as autorizações necessárias (família, direção da escola, educadora da sala e técnica de IP) aplicou-se a EIFF. Em alguns casos, era aplicada sob forma de entrevista, noutros entregue às famílias/profissionais.

De seguida, procedeu-se à observação de dois momentos de intervenção do técnico, realizada sempre por dois investigadores que efetuaram registos naturalísticos. No final das observações os investigadores juntavam todos os registos para discutir e preencher conjuntamente os quadros de observações feitos a partir dos itens da escala Perfil de Sala Inclusiva.

Depois de feitas as entrevistas e observações foi consultado o processo relativamente ao caso para o preenchimento do Protocolo de Análise Documental. No final os técnicos disponibilizavam os PIIP/PEI para se analisar a qualidade dos objetivos através da *GFS III* e *Individualized Family Plan Rating Scale*. Para aumentar a validade interna do estudo foi realizado um acordo inter-observadores na cotação das escalas *GFS III* e *Individualized Family Plan Rating Scale*.

3.5 Técnicas de análise de dados

Como se pode verificar a partir da caracterização dos instrumentos e procedimento, existe uma variedade significativa do tipo de produtos de avaliação utilizados e isso tem repercussões na diferenciação da sua análise.

Relativamente à Escala de Intervenção Focada na Família foram organizados os itens segundo os dois fatores – serviços centrados na criança e serviços focados na família. De seguida foram calculadas as médias dos valores fornecidos pelos profissionais e pais nas duas versões, versão real e versão importância, para se poder proceder à sua comparação.

Em relação às observações levadas a cabo, foram feitos registos naturalísticos tendo em conta os itens da escala *Perfil da Sala Inclusiva* (Corval, Castro, Amado & Toscano, 2012). Após a

realização das observações foram elaboradas tabelas de registo com a participação de ambos os observadores. Por último, procedeu-se a uma apreciação dos comportamentos observados.

No que toca ao *Protocolo de Análise Documental* (Mendes, 2010) analisou-se o número e tipo de documentação existente nos processos, bem como a organização dos mesmos.

Por fim, e no que diz respeito às escalas que avaliam a qualidade dos objetivos (GFSIII) e até que ponto estes tomam em consideração a família da criança na intervenção (IFSPRS), considerou-se importante que se realizasse um acordo inter-observadores como forma de assegurar a consistência da cotação, uma vez que facilmente os observadores, mesmo tendo sido considerados aptos para tal, se podem deixar influenciar por aspetos inconscientes (como a sua personalidade, motivação, experiência de codificação, entre outros fatores externos), o que poderá resultar em enviesamentos e posteriormente numa análise de resultados e/ou conclusões daí decorrentes menos corretas (Almeida & Freire, 2007; Fonseca, Silva & Silva, 2007).

Sublinha-se que o acordo inter-observadores foi levado a cabo em todos os objetivos e para ambas as escalas. Procedeu-se, inicialmente, à utilização de estratégias preventivas, uma vez que foi utilizado um manual de cotação detalhado e foi discutido o significado de cada indicador bem como de cada valor da escala que seria possível utilizar, o que permitiu alinhar a visão dos observadores (Almeida & Freire, 2007; Fonseca, Silva & Silva, 2007).

Colocando a tónica no Quadro 3, relativamente à GFSIII, é possível perceber que a percentagem de acordo inter-observadores apresenta valores superiores a 83% em todos os indicadores, o que é considerado forte (Almeida & Freire, 2007). Por sua vez, o *kappa ponderado* apresenta valores que oscilam entre satisfatório e bom, de acordo com Fleiss (1981 cit por Fonseca, et al., 2007). Por fim, os valores do *Índice de Correlação Intraclasse (ICC)* variam entre satisfatório e excelente (Pinto, Lopes, Oliveira, Amaro & Costa, 2015), o que significa que será possível reproduzir o estudo uma vez que a forma como foi efetuada a cotação é considerada fidedigna.

Quadro 3

Valores de acordo inter-observadores relativamente à escala GFSIII

	% Acordo	KW	ICC
Indicador 1	92	0,54	0,69
Indicador 2	83	0,53	0,72
Indicador 3	84	0,65	0,84
Indicador 4	97	0,39	0,56
Indicador 5	1	-	-
Indicador 6	1	-	-
Indicador 7	1	-	-

Colocando a tónica no quadro 4, relativamente à IFSPRS, é possível perceber que a percentagem de acordo inter-observadores apresenta alguns valores entre 71% e 79%, o que significa que a forma como foram cotados os Indicadores 1, 2 e 4 precisa de ser revista no sentido de se alcançar uma melhor definição ou precisão; quanto aos restantes indicadores, os valores de percentagem de acordo são considerados fortes, pois apresentam-se superiores a 80% (Almeida & Freire, 2007). Por sua vez, o *kappa ponderado* apresenta valores que são considerados excelentes, de acordo com Fleiss (1981 cit por Fonseca *et al.*, 2007). Por fim, os valores do *Índice de Correlação Intraclasse (ICC)* são excelentes (Pinto *et al.*, 2015), o que significa que será possível reproduzir o estudo uma vez que a forma como foi efetuada a cotação é considerada fidedigna.

Quadro 4

Valores de acordo inter-observadores relativamente à escala IFSPRS

	% Acordo	WK	ICC
Indicador 1	71	0,78	0,95
Indicador 2	78	0,74	0,94
Indicador 3	86	0,88	0,97
Indicador 4	77	0,79	0,94
Indicador 5	100	-	-
Indicador 6	93	0,92	0,97

Acrescenta-se que o cálculo do valor da percentagem de acordo e o KW foram extraídos através do calculador automático GraphPad Software – QuickCalcs (<http://www.graphpad.com/quickcalcs/kappa1/>) e o ICC foi calculado através do IBM SPSS Statistics 22.

Após perceber que a cotação efetuada pode ser utilizada de forma fiável, calcularam-se as médias dos valores obtidos em cada objetivo e indicador, em ambas as escalas, utilizando o programa IBM SPSS Statistics 22.

CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Nos resultados serão apresentados seis estudos de caso. Os casos foram selecionados com o intuito de representar os diferentes contextos de intervenção existentes atualmente. Destes casos, três estão ao abrigo do DL 281/09, sendo abrangidos por ELI em contexto de domicílio, creche e jardim-de-infância. Os outros três casos, estando abrangidos pelo DL 3/08, são apoiados pelas Equipas de Educação Especial (EEE) do Ministério da Educação e Ciência (MEC). A apresentação dos resultados aqui exposta é baseada na aplicação da Escala de Intervenção Focada na Família aos pais e aos técnicos, na observação de dois momentos de intervenção do técnico de IPI, na avaliação dos objetivos dos programas individuais e na análise da documentação existente nos processos individuais.

Como mencionado anteriormente, todos os casos pertencem ao distrito de Lisboa, mas por questões éticas os nomes das crianças aqui utilizados são fictícios.

Caso 1 - Bruna

a. Caracterização

No início da presente investigação, a Bruna encontrava-se com 1 ano e 11 meses e em situação de avaliação para a Perturbação do Espectro do Autismo. Foi sinalizada por um hospital e passado um mês começou a intervenção.

É acompanhada por uma ELI em contexto de domicílio e a sua técnica de IPI é uma terapeuta ocupacional que acompanha o caso há 2 meses. A técnica em questão trabalha em IPI há 5 anos (Quadro 2).

A Bruna vive com ambos os pais, uma irmã gémea, também com suspeita de diagnóstico de autismo, e um irmão mais novo. A mãe trabalha e é o pai que está em casa com as crianças.

Recebe apoio uma vez por semana.

b. Perceções dos pais e profissionais

Quem respondeu às escalas foram a mãe e a técnica e como se trata de uma escala de seis pontos, o valor médio é 3,5. Relativamente ao primeiro fator – serviços focados na criança – as

médias dos pais e profissionais estão muito próximas e altas com 5,86 e 5,55 respetivamente, apresentando uma diferença de 0,31 valores. Na importância atribuída os valores também são elevados com 5,91 para os pais e técnicos. Estes resultados revelam, explicitamente, que os pais e profissionais consideram que as práticas desenvolvidas são centradas na criança, atribuindo-lhes uma elevada importância.

Relativamente ao segundo fator – serviços focados na família – a média apresentada pelos pais é de 1.72 e pelos técnicos é de 4.39. No que diz respeito à importância atribuída, os pais e técnicos apresentaram, também, valores discrepantes, com médias de 2.94 e 5.17, respetivamente. Assim, no que concerne este segundo fator, apesar da mãe e da técnica apresentarem valores de perceção e importância atribuída consistentes, isoladamente, existe uma discrepância bastante relevante quando comparamos os resultados de ambos os elementos. Estes resultados mostram que mãe e técnica revelam opiniões distintas sobre o mesmo caso, quer quando avaliam os serviços recebidos/prestados quer quando referem a importância que lhes atribuem.

c. Observações nos contextos da intervenção

As duas observações foram feitas na sala de estar da família e todos os elementos da família (mãe, pai, irmã e irmão) estavam na sala durante a intervenção. A irmã gémea recebe apoio no mesmo dia que a Bruna, tendo a técnica comentado que faz com alguma regularidade as duas horas de apoio conjunto. No entanto isto não se verificou nas duas observações realizadas, embora a irmã tenha sido convidada a participar em algumas atividades.

A seguir, apresenta-se uma grelha de observações (Quadro 5) que resume aspetos essenciais sobre a qualidade das práticas da técnica de IPI neste caso, à luz dos parâmetros da escala Inclusive Classroom Profile –. Uma vez que se trata de um contexto familiar, foram excluídas da tabela aqui apresentada as dimensões 5 – sentido de pertença ao grupo e 8 – adaptação das atividades de grupo.

Através do quadro 5, constata-se que a terapeuta procura orientar a criança nas atividades, mostrando-se sensível ao comportamento e necessidades da última. Ao longo das atividades, existe uma preocupação em estimular a criança de modo a que esta consiga compreender e realizar as mesmas. A transição das atividades é feita e definida pela terapeuta. São utilizados vários mecanismos de apoio para a comunicação (verbal, não-verbal, repetição, linguagem simples e direta).

Quadro 5

Síntese das observações das práticas da técnica de IPI relativas ao Caso 1

1. Avaliação da adaptação do espaço, materiais/equipamentos	<p>Sala com zona de refeição e de estar não delimitadas. Todos os móveis encostados à parede.</p> <p>Muitos brinquedos espalhados pela sala sem local aparente de arrumação. Muita variedade de brinquedos com diferentes texturas, sons e cores.</p> <p>A terapeuta leva materiais próprios, com variedade de texturas e imagens.</p>
2. Envolvimento dos adultos nas interações com os pares	<p>A técnica convida, por vezes, a irmã gémea da Bruna a participar em algumas das atividades.</p>
3. Orientação dos adultos no jogo da criança	<p>A terapeuta procura incentivar a criança quando necessário brincando com ela e mostrando o jogo/atividade e a forma como se joga/explora.</p> <p>A terapeuta mostra-se sempre sensível e atenta ao comportamento e às necessidades da criança.</p> <p>A terapeuta solicitou, por várias vezes, a colaboração da irmã gémea para fazer parte das atividades que estavam a decorrer.</p> <p>A terapeuta nunca solicita aos pais a sua participação nas atividades, vai falando apenas de estratégias a desenvolver no dia-a-dia.</p>
4. Resolução de conflitos	<p>Não observável.</p>
6. Interações adulto-criança	<p>A terapeuta auxilia a criança na execução dos jogos/atividades, ajudando-a a compreender o que se pretende fazer através do fornecimento de pequenas pistas e estimulando-a a pensar e refletir.</p>
7. Apoio para a comunicação	<p>A terapeuta utiliza como estratégia de comunicação verbal a repetição e a adaptação da linguagem para um modo mais simples e direto. Também utiliza como auxílio pequenos desenhos e gestos (ex.: “fixe”, como auxílio a esta expressão é sempre utilizado o gesto universal de punho fechado com o polegar para cima).</p>
9. Transições entre atividades	<p>As transições são sempre definidas e verbalizadas pela terapeuta.</p>
10. Feedback	<p>A terapeuta ao longo das sessões utiliza um feedback positivo em relação à concretização da tarefa. O feedback fornecido é verbal e gestual.</p>

Por outro lado, o *feedback* fornecido é em relação à concretização da tarefa e não ao processo. Constata-se, também, que apesar de todo o núcleo familiar estar presente, este não é convidado a participar nas atividades desenvolvidas e não existe procura em perceber como é que a família se sente ou o que necessita, esta parece ser vista como um recetor de informação (ex.:

quando a técnica durante a sessão fornece estratégias) em vez de um agente ativo na intervenção e fornecedor de informações.

Relativamente aos materiais, embora a família aparente ter brinquedos disponíveis, a técnica, mesmo assim, leva materiais.

d. Programas e processos individuais

a. Análise Documental

Como foi abordado no capítulo anterior, procedeu-se a um levantamento da documentação existente nos processos individuais e para isso foi utilizada o *Protocolo de Análise Documental dos processos* desenvolvido por Mendes (2010).

No Processo estão presentes 8 dos 15 documentos possíveis. Há registos do historial da criança e a sua informação familiar (características e preocupações), no entanto, não constam no processo os registos das sessões de intervenção e supervisão, bem como exames médicos e observações em contexto real.

Foi realizada uma avaliação formal utilizando a *checklist Growing Skills* com o intuito de avaliar o desenvolvimento da criança. Esta avaliação foi realizada em contexto domiciliário com a participação da família e da TO (responsável pelo caso) o permitiu elaborar o PIIP e traçar a intervenção onde participarão estes dois intervenientes numa periodicidade semanal. Foram também registadas as reuniões de discussão do caso em equipa e com a família (contemplados como registos informais), onde foi possível proceder à passagem de informação sobre o caso.

A reavaliação é, por seu turno, realizada semestralmente pelos dois intervenientes supramencionados.

Destaca-se que a técnica procurou incluir a família na avaliação, reavaliação bem como na planificação do PIIP e na intervenção e também que levantou as preocupações da família. Acrescenta-se que houve uma tentativa de perceber o nível do desenvolvimento da criança (utilização da *Growing Skills*) de forma a desenhar uma intervenção adequada.

No entanto, torna-se importante ressaltar que a consulta do processo não foi simples nem intuitiva visto que se encontrava desorganizados, com a informação fragmentada e incompleta. Assim, se o responsável de caso for alterado, é praticamente impossível para o novo profissional

inteirar-se daquilo que já foi desenvolvido e como, o que resulta certamente numa prática de qualidade inferior, o que prejudica a criança e a família.

Embora a família aparente participar em todas as etapas do processo, não existem registos de aspetos considerados fulcrais numa intervenção centrada na família, tais como perceber as prioridades e pontos fortes da família e a sua perceção sobre o desenvolvimento da criança.

b. Avaliação dos objetivos do PIIP

O PIIP da Bruna tem quatro objetivos, que foram cotados segundo dois instrumentos, a *GFSIII* e a *EFSPS*.

Tendo em conta o primeiro instrumento foi possível verificar que, no geral, todos os objetivos se encontram abaixo da média (entre 1 e 1,86, sendo o ponto médio 2,5), o que significa que, em termos de qualidade, são considerados pobres. Realizando uma comparação dos valores dos sete indicadores constata-se que este PIIP apresenta como pontos menos fracos os indicadores necessidade da competência (2,25) e mensurabilidade/observabilidade do objetivo/estratégias (2,25). Os mesmos dados mostram que, para além dos objetivos não serem inseridos nas rotinas (1,25), não são passíveis de generalizar para outros contextos (1), não explicitam o critério de aquisição da competência (1), nem tão pouco o tempo esperado para tal (1).

O segundo instrumento, como o seu próprio nome indica, trata de avaliar a qualidade da focalização na família assegurada pela intervenção. De acordo com os resultados encontrados, essa focalização revela-se muito fraca, na medida em que, dos seis indicadores considerados, apenas um apresenta uma pontuação média positiva (3,25), ainda que muito próxima do ponto médio da escala (3). Trata-se da avaliação da especificidade e esta pontuação sugere que os objetivos já são definidos como comportamentos ou resultados, mas ainda não são especificados os critérios de avaliação da competência. Os indicadores relacionados com a necessidade da competência para o desenvolvimento da criança e para a funcionalidade das rotinas da família (2,5) e o contexto e recursos humanos e materiais da intervenção (2,5) rondam a pontuação média (3). Estes valores sinalizam que não é claro se os objetivos são ou não necessários ao desenvolvimento da criança e funcionalidade das rotinas familiares, nem a rotina é adequadamente especificada. Os restantes indicadores são aqueles em que os objetivos se apresentam com maior fragilidade, correspondendo

à falta de clareza da linguagem (1,75), à fraca relação entre estratégias e objetivos (1) e, por último, ao negligenciar o papel da família na intervenção.

Os resultados de ambos os instrumentos demonstram que os objetivos apresentam uma fraca qualidade e são pouco direcionados para uma intervenção com a família.

e. *Em síntese*

Tanto a família como o técnico consideram que a intervenção é centrada na criança, tal como se pode verificar pela avaliação centrada apenas no seu desenvolvimento; nos momentos da observação, que embora ocorram num contexto favorável a uma intervenção sistémica, não são aproveitadas essas características, o que resulta em práticas individualizadas; nos objetivos estipulados no PIIP, que foram considerados com uma qualidade pobre, mesmo ouvindo as preocupações dos pais não o espelham na sua formulação.

Estranhamente, a técnica considera que a sua intervenção é focada na família e que este tipo de práticas são importantes, ao contrário da família. É também possível perceber, pela análise dos objetivos, que estes não consideram o papel da família na intervenção, pois nem a sua linguagem é perceptível para os pais. Salienta-se, também, que não existe mais nenhum documento, para além das preocupações da família inseridas no PIIP, o que mais uma vez permite constatar que a família não parece ser tida em conta como um interveniente capaz e essencial no desenvolvimento do seu filho.

Caso 2 - André

a. *Caracterização*

O segundo caso refere-se ao André que tinha 3 anos e 7 meses no início da avaliação. O seu diagnóstico encontrava-se em avaliação para uma Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). Vive com ambos os pais e uma irmã mais velha.

É acompanhado por uma Docente de Educação Especial (DEE) no âmbito de uma ELI, em contexto de Jardim de Infância (JI), há 7 meses. A profissional trabalha em IPI há 4 anos (Quadro 2).

Recebe apoio uma vez por semana por parte da ELI e apoio de uma terapeuta da fala, outra vez por semana, em regime particular.

b. Percepções dos pais e profissionais

Quem respondeu à escala da versão dos pais foi a mãe do André. Tendo em conta o primeiro fator - serviços focados na criança -, as médias apresentadas pela mãe e DEE relativamente às percepções das práticas desenvolvidas são de 5.55 e 5.64 respetivamente. Ainda no mesmo fator mas em relação à importância atribuída a técnica concedeu muita importância às práticas centradas na criança com 5.73 valores, em relação à mãe, esta também considera uma prática importante mas com valores mais baixos de 5.14. Estes resultados evidenciam que a mãe e DEE consideram que as práticas são centradas na criança atribuindo-lhe uma importância elevada.

Relativamente ao segundo fator - serviços focados na família -, as percepções da mãe e DEE em relação às práticas desenvolvidas traduz-se em 3.95 e 5.17 por esta ordem, apresentando uma diferença de 1.22 pontos. Na importância atribuída em relação a esta prática, a mãe apresenta 3.39 valores e a técnica 5.17, estando a 1.78 pontos de diferença uma da outra. Estes valores explicam que a DEE considera que a sua prática também é centrada na família atribuindo-lhe uma elevada importância. Já a mãe percebe que as práticas são pouco centradas na família atribuindo-lhe uma importância mediana.

c. Observações nos contextos da intervenção

As duas observações foram realizadas no JI que o André frequenta em contexto de sala de aula. O grupo é composto por 21 crianças e, para além do estudo de caso, existe outra criança com necessidades educativas especiais (NEE) na sala. Nos momentos da observação estavam três adultos presentes, a docente da sala (DS), uma auxiliar e a DEE, profissional da ELI. Num dos dias das observações o André recebeu mais um apoio fora da escola.

O Quadro 6 apresenta de forma sucinta as observações realizadas tendo em conta os parâmetros da *Perfil da Sala Inclusiva* onde se procura descrever os aspetos importantes sobre a qualidade das práticas da DEE.

Quadro 6

Síntese das observações das práticas da técnica de IPI relativas ao Caso 2

1. Avaliação da adaptação do espaço, materiais/ Equipamentos	Sala com zonas bem delimitadas, muito material lúdico como jogos, puzzles, livros, bonecos e carrinhos de fácil acesso às crianças. Trabalhos e desenhos feitos pelas crianças pendurados nas paredes. Assim como mapas de registos com as regras da sala de aula e textos com imagens representativas da ação das regras.
2. Envolvimento dos adultos nas interações com os pares	É visível um grande à vontade entre as outras crianças da sala e a DEE. Esta também auxilia o trabalho das restantes crianças sempre que necessário.
3. Orientação dos adultos no jogo da criança	As atividades desenvolvidas pela criança são escolhidas pela mesma (construção de figuras em lego, pistas de carros e puzzles) e aproveitadas pela DEE para serem trabalhadas de diferentes formas (contagens, análise de cores, tipos de carrinhos e exploração de algumas particularidades das atividades).
4. Resolução de conflitos	Não observável.
5. Sentido de pertença ao grupo	A atitude da criança para com os seus pares é sempre afável e simpática. É notório que são dadas às crianças responsabilidades no que diz respeito às rotinas na sala de aula (distribuição de materiais) e as suas funções são bem definidas na medida em que cada uma já sabe o que fazer, onde e como arrumar, no entanto o André não tem nenhuma tarefa específica atribuída.
6. Interações adulto-criança	A interação entre a DEE e a criança é positiva. A primeira procura através de interações sociais simples conduzir a criança na atividade, estimulando o pensamento e a reflexão através de pequenas pistas e questões. A DEE questiona a criança e incentiva-a a colaborar nas respostas. Incentiva-a a dar respostas mais elaboradas. Ex. a criança dizia que a peça era amarela, a DEE questiona a forma da peça, e a criança diz que é um quadrado amarelo.
7. Apoio para a comunicação	A comunicação utilizada passa por repetições, adaptação da linguagem para um modo mais simples, realização de pequenos desenhos e gestos.
8. Adaptação das atividades de grupo	Não observável.
9. Transições entre atividades	A criança é que escolhe o material e depois de fazer o jogo/atividade arruma-o e vai buscar outro. Consoante o material que a criança vai buscar, a DEE explora os diferentes conteúdos. A criança vai sempre buscar e arrumar o material que utiliza. A DEE dá feedback positivo ao desenvolvimento das aprendizagens da criança.
10. Feedback	O feedback fornecido é verbal e gestual “dá cá mais cinco”.

Partindo do Quadro 6 consegue-se reter que a sala parece adequada, fornecendo instrumentos que potenciam a autonomia das crianças e a organização das rotinas bem como das regras sala de aula e onde todos os espaços, bem como materiais, estão ao alcance das mesmas. A DEE parece ser uma figura que se encontra à vontade entre o grupo e o ambiente de sala de aula é saudável, não tendo sido registados nenhuns momentos de conflito. Na intervenção com o André, a DEE procura trabalhar aspetos que considera importantes para desenvolvimento da criança em atividades escolhidas pela mesma. Este aspeto é importante porque como é a criança a escolher as atividades existe mais probabilidade que esta esteja mais envolvida e motivada na tarefa. A DEE promove algumas rotinas mostrando que é da responsabilidade do André arrumar e guardar os materiais com que brincaram. Nas atividades, a DEE aproveita as brincadeiras da criança explorando-as de diferentes formas estimulando o André ao pensamento e reflexão através de pistas e questões. Existe também uma adequação na comunicação com a utilização de repetições e adaptação da linguagem para um modo mais simples.

Apesar do apoio se realizar em sala de JI, não foram observadas atividades em grupo. Um outro aspeto observado é o facto de a todas as crianças serem atribuídas responsabilidades à exceção do André. O feedback é positivo em relação ao desenvolvimento das aprendizagens mas sem explicar o processo, centrando-o apenas na gratificação ao atingir o resultado esperado.

d. Programas e processos individuais

a. Análise Documental

A partir do *Protocolo de Análise Documental de Processos* realizada por Mendes (2010) foi feito um levantamento da documentação existente no processo do André.

No processo constam 8 de 15 documentos possíveis. Dentro destes encontra-se a ficha de informação familiar (características e preocupações) e relatórios médicos, contudo não se verifica a presença do historial da criança, registos da intervenção e observações realizadas em contexto real.

A avaliação foi realizada com a participação da DEE, terapeuta da Fala, Docente de sala e família e também foram aplicadas a *checklist Growing Skills* e o *Portage* de forma a avaliar o desenvolvimento da criança; esta recolha de informações serviu de base para a elaboração do PIIP e formulação dos objetivos. Embora estes instrumentos tenham em conta o que a criança já consegue realizar e quais são as suas dificuldades, são apresentadas apenas as últimas na elaboração

do PPIP. Estão também presentes no processo registros informais de reuniões com a família, com outros serviços (terapeuta da fala e docente da sala) e discussão do caso. No que respeita à reavaliação, esta é realizada semestralmente e são tidos em conta todos os intervenientes acima mencionados.

Salienta-se que a DEE incluiu a família na avaliação, reavaliação e planificação do PPIP aproveitando algumas das preocupações da família para a formulação de objetivos.

À semelhança do caso 1, a consulta do processo não foi simples nem intuitiva, sendo difícil a compreensão da intervenção, o que pode influenciar a qualidade da monitorização da mesma e uma passagem de caso incompleta e confusa, caso se mostre necessário.

Por fim, apesar de muitos dos adultos que fazem parte da vida da criança estarem presentes na avaliação, não assumem um papel no momento da intervenção, o que parece resultar em práticas centradas na criança, onde as rotinas da família não foram aproveitadas.

b. Avaliação dos objetivos

O PPIP do André tem 20 objetivos que foram cotados com os instrumentos *GFSIII* e a *EIFF*.

Relativamente ao primeiro instrumento observa-se que todos os objetivos estão consideravelmente abaixo da média (entre 1 e 1,58, sendo o ponto médio 2,5), sendo que mais de 50% tem a cotação mínima em todos os indicadores. O indicador menos deficitário é o da necessidade da competência (1,55). Os restantes indicadores apresentam, em média, valores que rondam o mínimo, pelo que estes objetivos não se inserem na rotina da criança, não reportam a comportamentos específicos observáveis/mensuráveis, não apresentam um critério de aquisição da competência explícito, não são generalizáveis a outros contextos, nem apresentam o período esperado para aquisição da competência.

Relativamente ao segundo instrumento, que visa avaliar a qualidade dos objetivos, no modo como focalizam a família, embora os objetivos se apresentem negativos em todos os indicadores, é particularmente na negligência do papel da família na intervenção que se encontram os valores mínimos (1). Em seguida considera-se que os objetivos não especificam adequadamente um comportamento ou resultado esperado (1,95) e não se debruçou nas necessidades da família (2,40). Os restantes indicadores mostram pontuações similares, entre 2,45 e 2,75, na formulação escrita

do objetivo, no contexto e recursos humanos e materiais da intervenção e, finalmente, na fraca relação das estratégias aos objetivos.

Os resultados de ambos os instrumentos demonstram que os objetivos apresentam uma fraca qualidade e são pouco direcionados para uma intervenção com a família.

e. Em síntese

Relativamente às perceções, tanto a família como a profissional consideram que as práticas são centradas na criança, atribuindo-lhe uma grande importância. Estes valores corroboram o facto da intervenção, mesmo sendo em local propício para trabalhar nas rotinas, parece ser individual, tendo em conta que as atividades desenvolvidas são sempre com a DEE que não promove dinâmicas com os pares, tal como seria de esperar, tendo em conta que este é um dos objetivos do PIIP e não existe observação de dinâmicas de grupo.

Colocando novamente a tónica sobre as perceções de intervenção, a técnica também considera que as suas práticas são centradas na família, atribuindo-lhes também uma elevada importância. Nesta linha de pensamento o técnico recolheu as preocupações da família e procedeu ao registo das suas reuniões conjuntas. Por sua vez os pais também consideram as práticas centradas na família importantes, mas não tanto como as práticas centradas na criança.

Para finalizar, a maioria dos objetivos apresentam cotações muito baixas em ambas as escalas. No entanto, notou-se uma tentativa de utilizar uma escrita clara e estratégias que dependam de profissionais ou materiais específicos e de fazer corresponder as estratégias aos objetivos.

Porém a família continua a não assumir um papel na intervenção e no acompanhamento do seu filho.

Caso 3 – Amélia

a. Caracterização do caso

A Amélia tinha 3 anos e 3 meses quando a avaliação foi iniciada. O seu diagnóstico é de um quadro convulsivo e está ainda em situação de avaliação para uma PEA. É acompanhada duas vezes por semana há 9 meses por uma DEE de uma ELI em contexto de creche. Esta técnica trabalha em IPI há 20 anos.

O percurso da Amélia foi algo conturbado, foi retirada à mãe e viveu numa instituição. Agora vive com os avós, tios, primos e irmã mais nova. A mãe está presente esporadicamente na sua vida.

b. Perceções dos pais e profissionais

Quem respondeu à versão dos pais foi a avó da Amélia. Os resultados do primeiro fator - serviços focados na criança -, a avó e DEE consideram que a maior parte das práticas são centradas na criança apresentando 5.64 e 5.73 valores respetivamente. Em relação à importância atribuída, a avó e DEE apresentam o mesmo valor de 5.78. Estes resultados indicam que tanto a DEE como a avó consideram que a intervenção é centrada na criança, atribuindo-lhe muita importância.

Em relação ao segundo fator – serviços focados na família -, as perceções da avó e da DEE diferem, tendo a primeira considerado 2.94 e a segunda 4.89, apresentando uma diferença de quase dois pontos (1.95). Relativamente à importância, a avó bem como a DEE apresentaram valores mais altos de 3.78 e 5.11 respetivamente.

Isto revela que a DEE considera que muitas das suas práticas são centradas na família atribuindo-lhe muita importância. A avó não tem a mesma perceção, e embora considere que as práticas são pouco centradas na família atribui-lhe alguma importância.

c. Observações nos contextos da intervenção

As duas observações realizadas foram em contexto de sala de aula que é constituída por 18 crianças havendo duas que têm NEE e que recebem apoio no mesmo dia. Os adultos presentes nos momentos das observações eram a Docente da Sala (DS), uma auxiliar e a DEE pertencente à ELI. A Amélia não recebe mais nenhum tipo de apoio nos dias das observações.

À semelhança dos casos anteriormente expostos segue-se o Quadro 7 que sumariza as duas observações tendo em conta a escala *Inclusive Classroom Profile*.

Quadro 7

Síntese das observações das práticas da técnica de IPI relativas ao Caso 3

1. Avaliação da adaptação do espaço, materiais/ Equipamentos	<p>Sala com poucas zonas (casinha, jogos, tapete e zona de mudas) e mal delimitadas. Todas as zonas são de fácil acesso. Espaço com trabalhos expostos.</p> <p>Nem todos os materiais da zona dos jogos estão acessíveis às crianças, bem como os livros da sala.</p> <p>A área da casinha tem poucos materiais, só móveis.</p>
2. Envolvimento dos adultos nas interações com os pares	<p>Algumas crianças (poucas) interagem com a criança que estava muito centrada em si mesma e na DEE.</p> <p>As poucas oportunidades que existem para trabalhar com a criança e os seus pares, não são aproveitadas pela DEE ex.: quando a DEE vai buscar um jogo, aparece uma criança da sala que parece estar interessada no mesmo, esta disse que o jogo era para ela. “Isto é da Amélia” quando outra criança começou a brincar com o material com que a Amélia estava a brincar.</p>
3. Orientação dos adultos no jogo da criança	<p>A escolha dos jogos/atividades parte tanto da DEE (jogos de encaixe) como da criança (puzzle de cubos com 6 peças e brincar com as almofadas). A orientação dos jogos/atividades é feita através da verbalização do que está a acontecer e de pequenas perguntas que servem de fio condutor da atividade.</p>
4. Resolução de conflitos	<p>Numa das atividades de grupo (leitura de uma história pela DS) a criança começa a desorganizar-se e a DEE retira-a do contexto e começa a trabalhar com ela individualmente.</p> <p>A estratégia utilizada para ajudar a criança a reorganizar-se passa pela proposta de mudança de atividade, alterando o tom de voz para um mais apelativo e entusiasta.</p> <p>Não são visíveis conflitos entre pares.</p>
5. Sentido de pertença ao grupo	<p>São poucas as vezes em que os pares procuram a interação com a criança.</p> <p>Não é dada a oportunidade à criança de assumir papéis sociais e de responsabilidade na sala, uma vez que esta não parece ser uma dinâmica pedagógica adotada pela DS.</p>
6. Interações adulto-criança	<p>A DEE procura ser responsiva aos interesses da criança tentando adaptar os jogos escolhidos por esta, uma vez que a criança apresenta um tempo de concentração muito curto, necessitando constantemente que a DEE traga algo de novo à interação.</p>
7. Apoio para a comunicação	<p>A interação é positiva e com manifestações de afeto (abraços, pegar ao colo).</p> <p>A criança não utiliza um sistema de apoio à comunicação. Faz-se entender ao adulto, apontando para o objeto ou puxando o adulto, mas quando este não entende a criança vai buscar um pequeno escadote, sobe e aponta para o objeto pretendido. Assim o adulto compreende o que a criança pretende.</p> <p>A DEE na comunicação verbal utiliza entoações diferentes, comenta o que tem de ser feito “agora vamos apanhar”; “eu sei que tu queres ir mas não podes, temos de ficar com os outros meninos para a ginástica” e orienta a criança “dá à Filipa”; “vamos lavar as mãos” e “queres água?”</p>
8. Adaptação das atividades de grupo	<p>Na hora da história dinamizada pela DS, todas as crianças são convidadas a participar e colocar uma cadeira em roda, à exceção da criança, que ficou no parapeito da janela sozinha a brincar.</p>

	<p>No momento do registo das presenças a DEE vai buscar a criança para a atividade.</p> <p>No início da atividade da música a criança não é convidada a sentar-se no tapete ao pé dos pares, no entanto ao longo da atividade o Professor de educação musical solicita de vez em quando a presença da criança na atividade.</p> <p>Na altura de comer a fruta, a DEE auxilia a criança que estava perto dos colegas.</p>
9. Transições entre atividades	<p>As transições são confusas, não sendo perceptível o início e o fim das mesmas.</p> <p>As atividades não têm início, meio e fim, a criança dispersa-se facilmente nos jogos/atividades saltando constantemente de atividade em atividade.</p>
10. Feedback	<p>A DEE dá feedback positivo à criança relativamente ao resultado dos jogos/atividades realizados pela mesma. O feedback é essencialmente verbal.</p>

Tendo em consideração a Tabela 7 e os aspetos mais relevantes relacionados com a qualidade das práticas, verifica-se que todas as zonas da sala são acessíveis a todas as crianças. Na escolha das atividades a DEE aproveita a preferência da Amélia e também propõe alguns jogos. Na execução das atividades, a DEE procura orientar a criança verbalizando o que está acontecer e faz perguntas para que esta compreenda o que está e deve ser feito adaptando a atividade para um nível mais simples de execução. A interação entre a DEE e a Amélia é positiva com manifestações de afeto das duas partes. No apoio à comunicação, a DEE utiliza frases simples e curtas com entoações diferentes de forma a que sejam orientadoras e explicativas do que está a suceder.

No entanto, existem também características que parecem menos positivas em relação à qualidade das práticas. A sala apresenta poucas zonas, não muito ricas em materiais em que nem todos estão acessíveis às crianças. A intervenção, embora seja feita em contexto de sala, é exclusivamente individual e os pares que se aproximam para brincar são afastados pela DEE. Nas atividades de grupo a Amélia nem sempre é convidada a participar, como é feito com os seus colegas. O desenvolvimento das atividades é confuso, não sendo perceptível o princípio, meio e fim, o que resulta em transições também pouco definidas. No apoio à comunicação não parecem existir estratégias organizadas e definidas, a criança faz-se entender puxando pelo adulto e apontado para o que quer. O feedback é positivo apenas em relação ao resultado.

d. Programas e processos individuais

a. Análise Documental

A análise documental foi feita com o instrumento *Protocolo de Análise Documental* (Mendes, 2010).

Dos 15 possíveis documentos o processo contém 12. Constam a ficha de anamnese da criança, relatórios formais (serviço social, médicos e de um centro de desenvolvimento) e as características do agregado familiar; nos registos informais, para além de se encontrarem as atas das reuniões com a família, assistente social e educadora, também estão presentes alguns registos das intervenções e discussão de caso e, por fim, verificam-se relatórios de aplicação da ADI-R (*Autism Diagnostic Interview- Revised*) e a ADOS-2 (*Autism Diagnostic Observation Schedule, 2nd Edition*).

Para a elaboração do PIIP foram tidas em conta as reuniões com a família e educadora da sala para a formulação dos objetivos. Na reavaliação, onde se efetuou a revisão dos objetivos, participaram a DEE, e família e a educadora da sala.

Destaca-se que existem contribuições de informações de várias fontes e a DEE apresenta registos informais com informações sobre os encontros com pessoas com quem a Amélia convive. Consta também um documento elaborado para a família com estratégias que podem utilizar no dia-a-dia com a criança.

Todavia, os registos informais estão desorganizados e com uma letra que dificulta a sua leitura; os documentos encontravam-se misturados, não existindo nenhuma organização perceptível em relação ao tipo de reunião nem uma datação explícita. As informações sobre as intervenções encontram-se na mesma secção que os registos das reuniões e a sua organização é semelhante às anteriores. Embora haja a preocupação de registar estes momentos importantes, parece que a informação não é aproveitada para o ajustamento da intervenção, nem consegue ser utilizada de forma viável caso seja necessária a passagem do caso a outro profissional.

Tendo isto em conta, a consulta do processo, mais uma vez, não foi simples.

b. Avaliação dos objetivos

O PIIP da Amélia apresenta 9 objetivos que foram cotados com os instrumentos *GFSIII* e *EIFF*.

Relativamente ao primeiro instrumento, todos os objetivos, em todos os indicadores, apresentam o valor mais baixo da escala (1 com uma média de 2,5), não tendo por isso em consideração a rotina da criança, não correspondendo a comportamentos específicos, nem constituindo competências necessárias, para além de que não são observáveis/mensuráveis, não explicitam o critério de aquisição da competência, não são generalizáveis nem referem o período esperado para a aquisição da competência.

Relativamente ao segundo instrumento que visa avaliar a qualidade dos objetivos, no modo como focalizam a família, a pobreza da qualidade dos objetivos do PIIP da Amélia continua a caracterizá-los quando está em causa analisar a focalização da intervenção na família. À exceção da escrita que, mesmo assim se considera pouco clara, todos os restantes indicadores apresentam valores médios próximos do valor mínimo da escala, mostrando que os objetivos não parecem ser necessários ao desenvolvimento da criança e funcionalidade das rotinas familiares, nem a rotina é adequadamente especificada ou as estratégias definidas. Para além disso, a família parece estar ausente da intervenção, uma vez que o trabalho proposto só contempla a ação de profissionais.

Os resultados de ambos os instrumentos demonstram que os objetivos aparentam ser muito pobres em termos de qualidade e são muito pouco direcionados para uma intervenção focada na família.

e. Em síntese

Tendo em conta os resultados apresentados nas alíneas anteriores segue-se um resumo dos principais aspetos recolhidos.

Em relação às perceções da avó da Amélia, esta considera que a maior parte das práticas da DEE são centradas na criança atribuindo-lhe uma elevada importância. Também é da opinião que algumas das práticas são centradas na família, atribuindo-lhe uma importância um pouco acima da média. Em relação à versão dos profissionais, a DEE percebe que as práticas são muito centradas na criança, defendendo também que adota uma prática centrada na família. A mesma, atribui médias elevadas em relação à sua importância. Em relação às observações realizadas no contexto de sala de aula no JI da Amélia, a intervenção, embora seja feita em contexto de rotinas, é individualizada, onde a criança não é convidada a interagir com os pares. No levantamento da análise documental, registam-se documentos formais de vários serviços, registos informais de reuniões com os intervenientes e alguns registos de sessões de intervenção bem como estratégias

para a família. Todos intervenientes foram tidos em conta para o desenvolvimento do PIIP. No que diz respeito aos objetivos do PIIP, estes apresentam uma qualidade muito pobre e são considerados pouco centrados na família.

De uma forma geral, tendo em conta todos os resultados acima resumidos, os objetivos estipulados para a Amélia têm uma qualidade pobre, resultando em intervenções individualizadas centradas na criança. As perceções reais e ideais da avó e DEE em relação às práticas centradas na criança estão próximas uma da outra. Nas prática centradas na família já existe alguma discrepância sendo que a DEE considera-as aplicadas e importantes, já a avó apresenta valores mais baixos nestas categorias.

Caso 4 – José

a. Caracterização do caso

O José tinha 3 anos e 7 meses quando se iniciou a avaliação e tem um diagnóstico de Perturbação da relação e da comunicação.

Frequenta um JI pertencente ao Ministério da Educação e Ciência (MEC) onde recebe apoio, sendo a sua técnica de referência uma DEE que acompanha o caso há 6 meses. No entanto, a profissional e a mãe ainda não se conheceram porque a última está sempre a trabalhar e não tem horário disponível para ir à escola. A DEE trabalha em IPI há 6 anos.

O José vive com a mãe e irmão mais velho, o pai não faz parte da sua vida.

Recebe apoio uma vez por semana na escola e possui um subsídio de educação especial que lhe possibilita ser acompanhado duas vezes por semana na terapia da fala a nível particular.

b. Perceções dos pais e profissionais

Quem respondeu à escala foi a mãe. No primeiro fator - serviços focados na criança - as médias das versões dos pais e profissionais apresentam valores de 1 e 3.32 respetivamente, verificando-se uma diferença de mais de 2 (2.32) pontos. Em relação à importância atribuída os valores encontram-se mais próximos, tendo a DEE apresentado uma média de 4.78 e a mãe 4.91 valores. Tendo em conta estes valores, a mãe e DEE consideram importante prestar serviços

centrados na criança, contudo, enquanto a DEE é da opinião que algumas das suas práticas são centradas na criança a mãe apresenta o valor mais baixo da escala.

Em relação ao segundo fator - serviços focados na família -, os valores não apresentam grande variação em relação ao primeiro fator. Na versão das perceções reais a DEE atribui 3.11 valores e a mãe manteve-se no 1 valor. Na importância atribuída, a DEE considera esta prática relativamente importante cotando uma média de 4.5 pontos. A mãe atribui uma importância moderada com 2.83 valores. Relativamente aos serviços focados na família a DEE volta a considerar importante, também, este tipo de práticas considerando que alguma da sua intervenção é feita nesse sentido. A mãe não percebe que as práticas da DEE sejam centradas na família e atribui apenas alguma importância a este tipo de práticas.

c. Observações nos contextos da intervenção

Uma das observações foi em apoio individual e a outra em contexto de sala de aula. A sala é constituída por 21 crianças sendo o José a única criança da sala com NEE. A observação realizada em contexto individual foi numa sala de apoio onde só estava presente a DEE e a criança. Na observação realizada na sala estavam presentes a DS e a DEE. Em nenhum dos dias das observações a criança recebe outro apoio na escola ou fora desta.

Abaixo, na Quadro 8, encontram-se os registos sumarizados das duas observações realizadas com base nos itens da *Inclusive Classroom Profile*.

Quadro 8:

Síntese das observações das práticas da técnica de IPI relativas ao Caso 4

1.Avaliação da adaptação do espaço, materiais/ equipamentos	<u>1ª Observação</u>
	Sala de apoio para educação especial/gabinete de trabalho, muito pequena e com pouco material. O material de apoio é da DEE.
	<u>2ª Observação</u>
	Sala com casa de banho incorporada, dividida por 8 zonas com diversos materiais: área da plástica, enfiamentos, pintura, carros/garagem, casinha, puzzles e jogos de mesa, tapete e cantinho de leitura. Nas paredes da sala constam trabalhos expostos, mapa de aniversários, de regras, de presenças, do comportamento, de tarefas e do tempo. Calendário, relógio, diário do grupo e Tabela de dupla entrada onde constam os dias da semana e as atividades desenvolvidas.

2. Envolvimento dos adultos nas interações com os pares	<p><u>1ª Observação</u> Não observável.</p> <p><u>2ª Observação</u> A DEE não interveio nas interações com os pares aproveitando o tempo para trocar impressões com a DS.</p>
3. Orientação dos adultos no jogo da criança	<p><u>1ª Observação</u> A DEE é que decide a atividade que vai desenvolver dando o jogo à criança, no entanto se a criança não se mostra motivada a DEE muda de atividade. Atividades observadas: imagens de animais em desenhos animados e fotografias reais para emparelhar; a DEE fornece uma imagem de um animal e a criança tem de tocar no botão de um jogo que faz o som desse animal; jogo com formas - emparelhar com fotografias e dar à DEE a forma que é pedida; pintura de um desenho de um galo.</p> <p><u>2ª Observação</u> Na primeira atividade escolhida pela criança, a DEE orienta-a a colocar o cartão com o seu nome na zona escolhida para brincar, no entanto nas transições de atividades seguintes isso não se verificou, passando a criança de uma zona para outra sem levar o seu cartão de identificação quebrando a rotina o que também levou a uma certa dispersão.</p>
4. Resolução de conflitos	<p>Não observável.</p>
5. Sentido de pertença ao grupo	<p><u>1ª Observação</u> Não observável.</p> <p><u>2ª Observação</u> Na zona da casinha os pares convidam a criança a brincar e esta adere e brinca. Uma colega da criança dá-lhe de comer e depois é colocada na cama na “hora da sesta”. Existem sempre oportunidades para os pares interagirem com as crianças e estas são aproveitadas.</p>
6. Interações adulto-criança	<p><u>1ª Observação</u> A DEE dá indicações à criança ao longo da atividade e esta segue-as. É uma interação positiva onde é notória a satisfação da DEE e da criança ao longo da interação.</p> <p><u>2ª Observação</u> Embora a DEE tenha dado algumas orientações no início da sessão, deixou de o fazer porque a criança parece estar orientada nas atividades.</p>
7. Apoio para a comunicação	<p>Início de trabalho com a comunicação aumentativa/alternativa de símbolos SPC (Símbolos Pictográficos para a Comunicação - cartão sim e não). Na linguagem verbal a DEE utiliza um tom sensível com a criança e uma linguagem básica e de fácil compreensão. Utiliza como estratégias perguntas para orientar a atividade e comentários relativamente ao que a criança está a fazer.</p>
8. Adaptação das atividades de grupo	<p><u>1ª Observação</u> Não observável.</p> <p><u>2ª Observação</u> Embora a observação tenha sido realizada em atividade livre a criança não parece ser excluída das atividades de rotina da sala de aula. A criança está envolvida nas atividades da sala.</p>
9. Transições entre atividades	<p><u>1ª Observação</u> A DEE orienta a transição entre atividades, “vamos arrumar”. No final da sessão a criança ajuda a arrumar o material e tem como responsabilidade desligar a luz e fechar a porta.</p>

2ª Observação

As transições entre atividades são realizadas pela criança, não necessitando da orientação do adulto.

10. Feedback Existe feedback positivo em relação à criança mas pouco direcionado “muito bem”.

Partindo do registo das observações da Quadro 8 constata-se que a sala dispõe de diversas zonas ricas em materiais e com diversos mapas organizadores de rotinas. A interação entre a DEE e o José é positiva e o sentimento de pertença ao grupo parece ser saudável visto que os colegas convidam-no para brincar. Em relação ao apoio para a comunicação, a DEE utiliza a comunicação alternativa de símbolos (SPC) e na comunicação verbal utiliza um tom sensível com adaptação para uma linguagem mais básica e, de forma a orientar a criança, adota comentários e perguntas no decurso das atividades.

Outros aspetos a ter em consideração passam pelo facto da DEE, na segunda observação, ter tido comportamentos diferentes ao longo do período de observação. No início orientava a criança a colocar o seu cartão na zona escolhida para brincar mas, depois, o mesmo não se verificou nas atividades seguintes, fazendo com que as transições entre os diferentes postos não fossem estruturadas e a criança divagasse um pouco pela sala sem orientação. Na primeira observação é a DEE que escolhe as atividades a serem dinamizadas, no entanto, mostra-se responsiva à motivação da criança na atividade, mudando sempre que achasse necessário. O feedback fornecido ao José é positivo mas pouco construtivo e direcionado, referindo-se apenas ao facto da criança ter dado a resposta pretendida.

d. Programas e processos individuais

a. Análise Documental

Para o efeito de realizar um levantamento da documentação do processo utilizou-se o *Protocolo de Análise Documental* (Mendes, 2010). Antes de proceder à análise torna-se importante salientar que, à semelhança de outros casos, existe mais do que uma versão do processo, um encontra-se na escola que representa o agrupamento do jardim-de-infância do José e outro na sala de aula. Através de discussão informal com a DEE foi possível perceber que os processos não são idênticos, sendo que o processo da sala contém o que esta considera necessário para o acompanhamento do caso. Foi consultado o processo da sala por se julgar ser o mais utilizado.

Neste processo estão presentes 5 dos 15 possíveis documentos. Consta a informação familiar (ficha de caracterização do agregado), historial da criança, um relatório médico e o PEI; não constam registos informais das sessões de intervenção, discussão do caso ou reuniões com a família.

A realização do PEI foi baseada na avaliação realizada no ano anterior por uma ELI onde o José era acompanhado antes de ter ido para o jardim-de-infância, onde tinha sido utilizado o *Portage*. Também fizeram parte do processo de elaboração do PEI a docente da sala e a terapeuta da fala; a mãe do José não participou, justificando sempre que lhe era impossível ir à escola no horário de trabalho das técnicas. A reavaliação é realizada trimestralmente pelas mesmas intervenientes que contribuíram para a avaliação e são tidas em conta apenas os objetivos/estratégias delineados no PEI.

Salienta-se que a DEE não aplicou uma escala de desenvolvimento ao José aproveitando a que já tinha sido realizada. Outro aspeto importante prende-se com o facto de existirem dois processos, que contribui para informações dispersas, fragmentadas e pouco atualizadas em ambos os ficheiros, o que pode dificultar a passagem do caso e a monitorização e ajustamento da intervenção, podendo resultar em práticas de menor qualidade.

b. Avaliação dos objetivos

O PEI do José apresenta 38 objetivos que foram cotados com os instrumentos *GFSIII* e *EIFF*.

Relativamente ao primeiro instrumento, e à semelhança da Amélia, todos os objetivos, em todos os indicadores, apresentam valores médios arredondáveis a 1, oscilando entre este valor e 1,45 que corresponde à fraca especificidade do comportamento, 1,26 ao facto de não constituírem competências necessárias, nem têm em conta a rotina da criança (1,11). Todos os restantes objetivos revelam, em todos os indicadores, o valor mínimo da escala.

O segundo instrumento utilizado avalia se os objetivos contemplam uma intervenção focada na família. No caso do PEI do José, os objetivos apenas pontuaram na média no indicador da especificidade (3,24), seguindo-se a escrita (2,26). Isto significa que, embora tenham sido definidos comportamentos ou resultados esperados, a linguagem não é específica e não se encontram critérios de avaliação para o seu alcance. Daí que a linguagem escrita não seja

considerada clara. Por outro lado, o contexto da intervenção sugerido pelos objetivos não integra a rotina nem se foca na família, uma vez que requer pessoas, equipamentos ou locais especiais. Com os valores mais próximo do mínimo possível encontram-se os indicadores do papel da família (1), da necessidade (1,26) e da correspondência das estratégias aos objetivos (1,26). Estes valores sugerem que existe uma fraca relação entre os objetivos e respetivas estratégias, que é duvidosa a necessidade trabalhar a competência e que, por outro lado, a família não é um interveniente considerado na planificação dos objetivos.

Por fim os resultados de ambos os instrumentos indicam que a qualidade dos objetivos é pobre e estes não se encontram direcionados para uma intervenção com a família.

e. Em síntese

À semelhança dos casos anteriores considerou-se este subcapítulo que visa fornecer de forma sucinta os resultados obtidos pelos diferentes instrumentos. A mãe entende que as práticas são pouco focadas na criança e na família, atribuindo uma maior importância às primeiras em detrimento das segundas, ainda que esta última esteja perto do valor médio. A DEE considera que as suas práticas são mais centradas na criança, embora não se registre uma diferença muito significativa em relação às centradas na família. Em relação à importância, os valores são coerentes com as suas perceções das práticas.

No que diz respeito às observações dos contextos de intervenção, regista-se que as mesmas acontecem no gabinete, de forma individual, portanto fora do ambiente natural da criança; ou em contextos de sala de aula, tendo em conta as rotinas do José. Na primeira situação é a DEE quem dirige a sessão e na segunda existe uma inversão de papéis, sendo o José quem a conduz.

Relativamente ao processo, verifica-se que existem dois ficheiros em escolas diferentes. Consultado o processo presente no JI do José, constam a informação familiar, o historial da criança e relatório de outro serviço; não estão presentes registos informais de reuniões, intervenções ou de discussão de caso. Os objetivos do PEI apresentam cotações muito baixas relativamente à sua qualidade e também são considerados pouco centrados na família.

É importante salientar que, apesar do José estar em apoio há 6 meses, ainda não houve qualquer reunião entre a DEE e a mãe. Ambas consideraram mais importantes as práticas centradas na criança. As intervenções avaliadas são muito distintas, uma foi realizada em contexto de gabinete e

a outra em ambiente natural de sala de aula, indo de acordo com a importância que a DEE atribui aos tipos de práticas distintas. Os documentos levantados a partir do processo apresentam pouca informação, sem quaisquer tipos de registo de reuniões e sessões de intervenção. A falta de informação sobre a monitorização no processo, caso exista, pode explicar a pobre qualidade dos objetivos.

Caso 5 – Francisco

a. Caracterização do caso

O Francisco tinha 4 anos e 10 meses e apresenta um diagnóstico de Perturbação da relação e da comunicação. Filho único, vive com os dois pais embora não veja muito o pai porque trabalha muito.

Frequenta um JI do MEC e é acompanhado pela mesma DEE há 7 meses. A DEE em questão trabalha há 5 anos em IPI. Recebe apoio duas vezes por semana na escola e uma vez por semana tem apoio de uma terapeuta da fala pelo privado.

b. Perceções dos pais e profissionais

Quem respondeu à escala da versão pais foi a mãe do Francisco. No primeiro fator - serviços focados na criança -, as médias das perceções relativamente às práticas são de 4.18 pontos para a DEE e de 1.41 para a mãe. No mesmo fator mas na versão da importância atribuída, tanto a DEE como a mãe apresentam valores bastante altos de 5.41 e 6 respetivamente. Estes valores indicam que a DEE considera as suas práticas centradas na criança atribuindo-lhe uma elevada importância. A mãe, por outro lado, é da opinião que as práticas não são centradas na criança atribuindo-lhe uma elevada importância.

Relativamente ao segundo fator - serviços focados na família -, as perceções não variam muito em relação ao primeiro fator sendo que a DEE apresenta uma média de 4.16 valores e a mãe continua com uma média de 1. Em relação à importância atribuída, as médias aumentam de valor com a DEE e a mãe a atribuírem 5.78 e 4.5 pontos à escala respetivamente. Estes dados indicam que a DEE, ao contrário da mãe, considera que as práticas são centradas na família e as duas consideram que se trata de práticas importantes.

c. *Observação nos contextos de intervenção*

As duas observações, como no caso do José, foram realizadas em dois contextos distintos. A primeira foi na sala de aula em que estavam presentes 3 adultos, a DS a DEE e uma auxiliar. A segunda observação aconteceu na sala de apoio/biblioteca da escola onde recebeu apoio sozinho. A sala do Francisco é composta por 20 crianças e uma, para além do Francisco, com NEE. No dia das observações o Francisco também recebia apoio fora da escola.

Na Quadro 9, que se segue, encontram-se os registos sumariados das duas observações realizadas. A organização da Tabela segue os mesmos tópicos da *Inclusive Classroom Profile*.

Quadro 9

Grelha de observação relativamente à qualidade das práticas da técnica de IPI- Caso 5

1. Avaliação da adaptação do espaço, materiais/ equipamentos	<u>1ª Observação</u>
	Sala com trabalhos expostos nas paredes. Paredes decoradas com mapas de aniversários, meses do ano, presenças, opostos, alfabeto, números e quantidades, quadro do tempo, data e comportamento.
	Placar com a construção de uma cidade. Material astronómico pendurado no teto.
	Sala dividida por zonas: pinturas/trabalhos manuais com lavatório à disposição, computador, zona das ferramentas, de trabalho, quarto, cozinha, loja, livros, tapete e de jogos de encaixe. As zonas da sala estão bem delimitadas, com grande variedade de material. A maior parte dos materiais estão acessíveis às crianças. Na zona de trabalho é composta por 3 mesas e os lugares estão pré definidos com o nome e um desenho de cada criança nas costas das cadeiras.
	<u>2ª Observação</u>
	Sala grande onde a biblioteca está integrada. Zona de pinturas e ofícios com poucos trabalhos expostos. Muitos trabalhos manuais, matraquilhos, zona do tapete com almofadas, jogos de encaixe, televisão, zona de leitura com dois sofás e uma mesa. Sala com grande variedade de livros, onde nem todos estão ao alcance das crianças. Todo o espaço está desorganizado à exceção da zona do tapete.
2. Envolvimento dos adultos nas interações com os pares	<u>1ª Observação</u>
	A DS no tapete enquanto decorre a exploração da história que contou promove a interação entre os pares. Foi discutido ainda a data e o tempo com as crianças. Na atividade do desenho individual não promove nem restringe a interação entre os pares.
	Quando as crianças se sentaram à mesa para comer o lanche da manhã, a DEE senta-se ao lado da criança trabalhando com ela individualmente a maior parte do tempo e dando muito poucas oportunidades para haver interação da criança com os pares. Sempre que estes procuravam a interação com a criança a DEE aproveitava essas interações. Contudo os pares procuram a interação poucas vezes porque a dinâmica entre a DEE e a criança não se apresentava integrativa e é muito individualista.
	A Auxiliar está sentada noutra mesa a organizar os trabalhos das crianças.
	<u>2ª Observação</u>

Não observável.

1ª Observação

A DS orienta as atividades de forma direta e concisa. Durante as atividades individuais, a DS vai passando de mesa em mesa procurando dar apoio a todas as crianças que necessitam. No final da atividade de desenho, as crianças vão ao pé da docente para discutir o seu desenho e identificar as personagens (o desenho vinha na sequência da história contada no tapete). No final das atividades definidas pela DS, as crianças podem escolher a atividade seguinte.

A DEE durante a atividade do lanche da manhã incentivou constantemente a criança a comer a fruta. Monitorizou a criança a descascar a tangerina e aproveitou a atividade para trabalhar as contagens. Como a criança estava a demorar muito tempo comparativamente com as outras crianças, a DEE aproveitou para ir discutindo oralmente com a criança a atividade seguinte que consistia num desenho. O Francisco acabou por não ir ao encontro da DS apresentar o seu desenho porque não acabou ao mesmo tempo que os colegas.

3. Orientação dos adultos no jogo da criança

2ª Observação

A dinâmica parece um jogo de “brincar”. Estão os dois sentados no tapete a fazer um jogo de associação de cor/imagem.

A DEE aproveita para explorar a cor, as imagens que lhe correspondem e fazer a estimulação de vocabulário e interação social.

Coloca muitas questões à criança, “imagem da água – exploração da praia que tem areia e água”; “com quem é que vais?; gostas mais de brincar na areia ou no mar?”; “bata de médico – cor branca – vais muitas vezes ao médico? E levas sempre picas?”

Utiliza a atividade para desenvolver vários temas.

De vez em quando a DEE vai dando o ponto da situação, “já temos o amarelo todo preenchido”, “já só nos faltam 8 imagens para acabarmos”

4. Resolução de conflitos

Não observável.

1ª Observação

Na dinâmica de sala de aula é visível que todas as crianças, o Francisco incluído, têm oportunidade de assumir papéis sociais (discutem em conjunto como preencher o quadro do tempo, depois do lanche da manhã cada criança limpa e arruma o local onde comeu, no final do desenho são as crianças a escolher a atividade seguinte).

5. Sentido de pertença ao grupo

Depois do tempo da história no tapete, todas as crianças são convidadas pela DS a discutir a história que tinham acabado de ouvir.

2ª Observação

Não observável.

1ª Observação

A interação da DS e da DEE é positiva em relação à criança e aos colegas.

Enquanto a criança está a comer o lanche da manhã a DEE aproveita para promover interações intelectualmente estimulantes (exploração da contagem dos gomos da tangerina, discussão dos pontos importantes da história ouvida no tapete, divisão silábica com os nomes dos colegas).

6. Interações adulto-criança

2ª Observação

A DEE mostra prazer na interação, aproveitando para promover bastante o diálogo. Através deste explora muito vocabulário com a criança, organização de discurso e associações livres (“cor branca – bata branca – médico – ir ao médico com a mãe – tomar pica”). Fez contagens.

7. Apoio para a comunicação	<p>A DEE verbaliza constantemente em que ponto se encontravam na atividade (“faltam duas imagens para acabar; já acabámos os objetos vermelhos e pretos, vamos procurar a folha do cor de laranja”).</p> <p>Durante a atividade a DEE utiliza várias vezes diferentes estratégias no apoio à comunicação: expandir para temas relacionados, repetir e comentar. Também são aproveitadas pela DEE as intervenções feitas pela criança.</p>
8. Adaptação das atividades de grupo	<p><u>1ª Observação</u></p> <p>Não é visível a adaptação das atividades de grupo à criança, uma vez que esta está perfeitamente integrada nas atividades observadas.</p> <p><u>2ª Observação</u></p> <p>Não observável.</p>
9. Transições entre atividades	<p><u>1ª Observação</u></p> <p>A transição das atividades é definida verbalmente pela DS. Esta, durante a atividade do lanche da manhã e do desenho, circula pela sala monitorizando e incentivando/apoiando as crianças a realizarem/acabarem a atividade.</p> <p>A criança demorou muito mais tempo do que os colegas no lanche da manhã, não sendo advertida pela DS como o resto das crianças que demoraram mais.</p> <p><u>2ª Observação</u></p> <p>A criança desenvolveu apenas uma atividade, não sendo observável como é feita a transição entre atividades.</p>
10. Feedback	<p>A DEE fornece feedback positivo frequentemente acerca das escolhas que a criança faz no jogo/atividade (“muito bem!”).</p>

Através do registo das duas observações constata-se que a criança está integrada nas atividades de grupo. Tal como os colegas, o Francisco tem a responsabilidade de lavar as mãos na hora à hora do lanche e arrumar a mesa quando acaba de comer. A interação de todas as partes implicadas é positiva e a DEE aproveita todas as atividades para promover o diálogo em relação ao que está a ser desenvolvido através da repetição, expansão, comentários e perguntas. A dinâmica existente entre os dois é muito informal e descontraída no sentido em que o Francisco mantinha os seus níveis de motivação elevados por perceber o contexto como uma extensão das atividades lúdicas que estava a desenvolver.

No entanto, verifica-se que embora uma das observações seja em contexto de sala de aula, a DEE encontra-se ao lado da criança durante as atividades, deixando pouco espaço para os colegas interagirem com o Francisco. Parece também ter havido uma “desresponsabilização” da DS quando a DEE está a trabalhar com a criança, visto que é a única criança a quem a DS não aplicou a “regra” da discussão do desenho e não chamou a atenção pela sua demora no lanche. Na hora do lanche, o Francisco demorou mais que os colegas e a DEE aproveitou para ir explorando a atividade seguinte; este tipo de intervenção, para além de diferenciar o Francisco dos colegas em

termos de tempo para o lanche, não foi estruturada podendo resultar numa dispersão da orientação, sendo por isso mais desorganizador para a criança.

d. Programas e processos individuais

Realizado o levantamento da documentação presente no processo do Francisco através do instrumento *Protocolo de Análise Documental* (Mendes, 2010) constam 6 dos 15 possíveis documentos. É importante salientar, que à semelhança do caso do José, as informações sobre o Francisco encontram-se dispersas, sendo que supostamente se encontram na escola de referência do agrupamento as atas de reuniões (por exemplo com outros profissionais, de discussão de caso e com a família) e sessões de intervenção. Esta informação foi fornecida pela DEE enquanto se procedia à consulta do processo.

Verificou-se que entre os documentos presentes constam a anamnese da criança, a caracterização da família, enquadrados no PEI, registos formais da avaliação do desenvolvimento e relatórios médicos. Fizeram parte da avaliação e planificação do PEI a família, a educadora da sala, o psicólogo, a terapeuta da fala e a DEE.

Segundo a DEE, as atas de todas as reuniões com os intervenientes e relatórios com os instrumentos de avaliação, bem como o plano de intervenção se encontravam no processo sito na escola de referência do agrupamento. Isto diz-nos que a informação, para além de dispersa, não se encontra de fácil acesso aos intervenientes mais próximos da criança, tornando mais difícil a monitorização e conseqüente ajustamento dos objetivos.

a. Avaliação dos objetivos

O PEI do Francisco contempla 23 objetivos que são cotados segundo a *GFSIII* e a *IFSPRS*.

Relativamente ao primeiro instrumento observa-se que todos os objetivos se apresentam em todos os indicadores abaixo do valor médio (2,5), correspondendo o menos deficitário à necessidade da competência (1,55). Seguem-se, praticamente com a mesma cotação, os indicadores relativos à inserção na rotina (1,35) e à especificidade do comportamento (1,30). Os restantes indicadores apresentam, em média, valores que rondam o mínimo (1,15), pelo que estes objetivos não são observáveis/mensuráveis, não apresentam um critério de aquisição da competência

explícito, não são generalizáveis a outros contextos, nem apresentam o período esperado para aquisição da competência.

Calculadas as médias dos indicadores do segundo instrumento verificou-se que apenas a correspondência das estratégias aos objetivos se situa na média (3,22). Com pontuações inferiores à média, da ordem dos 2,5, encontram-se a escrita (2,40), considerada demasiado técnica e pouca clara, e o contexto (2,48) avaliado como não exigindo meios técnicos particulares mas ainda sem que a rotina seja especificada. Maiores debilidades foram detetadas nos objetivos ao nível da necessidade incerta de trabalhar determinadas aquisições (1,35), da falta de especificidade dos objetivos na delimitação dos resultados esperados (1,26) e da irrelevância do papel atribuído à família na intervenção (1).

e. Em síntese

Com base nos dados acima descritos proceder-se-á a uma descrição resumida. Em relação às percepções a DEE defende que as suas práticas são centradas na criança e na família, atribuindo uma importância mais alta nas últimas. Em relação aos pais, ao contrário da DEE, estes consideram que as práticas são pouco centradas quer na criança, quer na família; já a importância atribuída é muito elevada para as primeiras práticas e média/alta para as segundas.

No que concerne às duas observações realizadas, uma delas foi em contexto individual e a outra em sala de aula. Embora o segundo tipo de intervenção tenha sido realizado em contextos de rotinas, mesmo assim ainda pareceu ser individualizada, visto que a DEE se encontrava sentada ao pé do Francisco o que dificultou interações espontâneas da criança com os pares e vice-versa. No entanto a criança, bem como os seus colegas, participa nas rotinas da sala, diferenciando-se apenas nas atividades individuais, onde demorou mais tempo e não foi convidado a partilhar o seu trabalho com a DS como os restantes da sala.

Em relação à análise documental, torna-se importante referir que existem dois processos, um na escola de referência e outro no JI do Francisco. Neste último são encontrados relatórios formais médicos bem como registos formais de avaliação e o PEI.

No que concerne à qualidade dos objetivos, estes são considerados pobres na maioria dos indicadores de ambas as escalas, resultando também em objetivos pouco direcionados para a família. No entanto destacou-se uma tentativa de realizar a correspondência objetivo estratégia e

de não construir objetivos que dependessem de pessoas ou materiais especiais uma vez que os valores destes indicadores se encontram na média.

Com isto, é importante ressaltar que a percepções entre pais e DEE estão bastante desalinhadas quanto ao tipo de intervenção, pois parece ser possível concluir que os pais não se encontram satisfeitos com o tipo de intervenção providenciada pela DEE. Embora esta última tenha o cuidado de realizar intervenções nas rotinas continua a fazer-se sentir muito a sua presença, podendo minar os comportamentos espontâneos, nomeadamente os inter pares.

Caso 6 – Tiago

a. Caracterização do caso

O Tiago tinha 5 anos e 5 meses aquando da avaliação e possui um diagnóstico de PEA grave.

Está inserido num JI pertencente ao MEC, é acompanhado por uma DEE há 6 meses. A profissional trabalha em IPI há 15 anos.

Vive com ambos os pais, uma irmã mais velha e um irmão mais novo que frequenta a mesma escola.

Recebe apoio no JI duas vezes por semana e tem terapia da fala uma vez por semana em contexto particular.

b. Perceções dos pais e profissionais

Quem respondeu à escala foi a mãe do Tiago. Em relação ao primeiro fator - serviços focados na criança -, a DEE apresenta uma média de 5.36 e a mãe 1.73 pontos verificando-se uma diferença de 3.63 valores. Ainda na mesma escala, mas na versão da importância atribuída, os valores estão mais próximos, tanto a DEE como a mãe consideram que estas práticas são relevantes atribuindo, pela mesma ordem, 5.55 e 4.60 valores. Estes valores indicam que a DEE, ao contrário da mãe, considera que os serviços prestados são focados na criança. Na importância atribuída as duas inquiridas consideram importante este tipo de serviços.

Relativamente ao segundo fator - serviços focados na família-, os valores são idênticos ao primeiro fator, sendo as médias apresentadas pela DEE 5.39 pontos e pela mãe 1.39 valores. Na

importância atribuída a DEE e a mãe apresentam uma média de 5.39 e 3.89 pontos, respetivamente. Assim sendo, estes resultados mostram que a DEE considera que a sua prática é centrada na família considerando-a importante. A mãe, por outro lado, percebe as práticas como sendo pouco centradas na família, atribuindo uma importância mediana a este tipo de práticas.

Torna-se importante referir que, em conversa informal com a mãe, e ao longo do preenchimento da escala, esta considera como técnica de referência a terapeuta da fala que acompanha o filho há cerca de 3 anos. Este aspeto poder ter enviesado um pouco os resultados desta escala na versão dos pais.

c. Observação nos contextos de intervenção

Ambas as observações foram realizadas em contexto de intervenção individual numa sala de apoio. A sala do Tiago é composta por 18 crianças onde, para além dele, existe outra criança com NEE. Na hora da intervenção estavam apenas presentes a criança e a DEE.

No quadro 10, estão os registos das observações que procuram registar indicadores importantes sobre a qualidade das práticas da DEE tendo por base os itens da *Inclusive Classroom Profile*. Tendo em conta que os apoios foram em contexto individual foram excluídas da grelha as dimensões 2 – envolvimento dos adultos na interação com os pares, a 5 – sentido de pertença ao grupo e a 8 – adaptação das atividades de grupo.

Quadro 10

Grelha de observação relativamente à qualidade das práticas da técnica de IPI- Caso 6

1. Avaliação da adaptação do espaço, materiais/ Equipamentos	Sala ampla de multiusos, que é utilizada como biblioteca, sala de docentes e sala de apoios. Sala com trabalhos expostos feitos pelas crianças. Na zona da biblioteca os livros expostos estão ao alcance das crianças. Móvel com jogos interativos também de fácil acesso às crianças. Duas secretários com computador uma com altura normal e outra com a mesma altura de uma mesa de trabalho para crianças. Mesa um pouco isolada para prestar o apoio individual à criança.
3. Orientação dos adultos no jogo da criança	A DEE dá às vezes oportunidade à criança para escolher uma atividade. Em mais do que uma atividade a DEE explora muito a atividade promovendo a interação social (no livro dos animais quando estão a denominar cada um a DEE aproveita para fazer perguntas sobre o que o animal come, qual o som que faz e canta canções sobre o tema aproveitando para manter a atenção da criança).

	<p>No jogo do puzzle a DEE orienta o aluno de forma a ajuda-lo na atividade (“agora só falta a roda grande”, “agora vamos fazer a Minnie”, “antes da Minnie é o Mickey”, “de quem será este lacinho?”).</p> <p>No jogo de encaixe com produtos de higiene, enquanto a criança faz a sua atividade a DEE ajuda a denominar os objetos e explorar a utilidade dos mesmos.</p> <p>Na atividade de enfiamentos a DEE vai verbalizando o que está a acontecer “vamos contar as bolas amarelas”; “só falta uma bola!”</p>
4. Resolução de conflitos	<p>São colocadas algumas regras e expectativas em relação à realização do jogo.</p> <p>Sempre que a criança se levanta da atividade ou se deita no banco demonstrando desinvestimento pelo que está a fazer, a DEE numa primeira fase tenta convence-lo a voltar à atividade, depois diz-lhe que se continuar assim volta para a sala e por fim conduz a criança ao seu lugar procurando cativá-la através de algumas estratégias como alteração do tom de voz, mostrando que a atividade é muito interessante.</p>
6. Interações adulto-criança	<p>A interação entre a DEE e a criança é positiva. A DEE utiliza um tom de voz com bastante entoação. As interações são intelectualmente estimulantes (expansão do tema desde o nome do animal para o que come e uma canção sobre o tema; exploração do que as personagens do puzzle estão a fazer; utilidade dos objetos de higiene).</p>
7. Apoio para a comunicação	<p>É utilizada a comunicação verbal e a comunicação aumentativa/alternativa de símbolos SPC (Símbolos Pictográficos para a Comunicação).</p> <p>A criança utiliza alguns símbolos que correspondem às atividades que desenvolve no apoio, a si e à DEE. Conforme a atividade a desenvolver a DEE vai mudando o símbolo correspondente.</p> <p>A DEE utiliza regularmente estratégias para apoiar o desenvolvimento da linguagem e comunicação através da repetição, expansão e comentários.</p>
9. Transições entre atividades	<p>Nem sempre a DEE verbaliza o início e o fim da atividade, as transições não são muito explícitas nem verbalizadas, são simplesmente apresentadas.</p>
10. Feedback	<p>A DEE utiliza frequentemente o feedback positivo sempre que a criança realiza o que é solicitado (“boa, muito bem!”, “boa! 3 bolas!”).</p>

Através do Quadro 10 acima constata-se que a DEE dá, às vezes, oportunidades à criança de escolher as atividades. Durante as mesmas, a DEE aproveita para explorar coisas específicas relacionadas com o que está a ser trabalhado, fazendo perguntas, orientando com pequenas dicas para a criança perceber o que se segue e descrevendo o que está a suceder. Todas as atividades são aproveitadas para serem intelectualmente estimulantes, mas em contexto de brincadeira. A interação entre as duas partes envolvidas parece positiva e a DEE utiliza uma voz com diferentes entoações para manter a criança com atenção na tarefa. É utilizado como meio de apoio à comunicação o sistema de símbolos SPC que serve como orientação do que a criança está a fazer. Algum do feedback positivo fornecido é em relação ao que o Tiago faz.

No mesmo quadro constam aspetos menos positivos em relação à qualidade da intervenção. O aspeto principal é o facto de as duas intervenções serem com a criança fora do seu contexto

habitual, resultando numa intervenção exclusivamente centrada na criança. As transições entre atividades não são realizadas, sendo o jogo arrumado e apresentado o seguinte. No item da resolução de conflitos, a DEE, numa das vezes, alerta a criança que se esta não voltar para a tarefa volta para a sala de aula, isto pode ser visto como uma recompensa negativa.

d. Programas e processos individuais

a. Análise Documental

À semelhança dos casos anteriores que estão ao abrigo do decreto-lei 3/2008, a informação encontra-se arquivada em dois locais. No processo que se apresenta na escola de referência do agrupamento, constam a maior parte das informações formais; existe ainda uma pasta que a DEE possuía, onde alegou que constavam os registos das intervenções e reuniões. Considerou-se pertinente fazer a análise documental do processo sito na sede da escola por ser o que está à disposição de um maior número de pessoas e ser o de referência legal.

Neste processo, com separadores para os diferentes tipos de informações, consta uma ficha de informação familiar com as características do agregado, registos de avaliação do desenvolvimento com a *Checklist CIF-CJ*, exames médicos, relatórios de outros serviços (educativos, de saúde e Terapeuta da Fala), o plano de transição e por fim, o PEI. Na avaliação e reavaliação foram intervenientes a terapeuta da fala, a DEE e a educadora da sala; na intervenção fizeram parte os mesmos intervenientes, onde a família também foi contemplada.

b. Avaliação dos objetivos

O PEI do Tiago contempla 6 objetivos que são avaliados com as escalas *GFSIII* e a *IFSPRS*.

Relativamente ao primeiro instrumento, todos os objetivos apresentam uma qualidade muito fraca, tendo em conta que a sua maioria se situa no valor mínimo (1) e os restantes indicadores – inserção do objetivo na rotina da criança e a necessidade da competência – apresentam valores médios muito próximos do valor mínimo (1,17). Neste sentido, os objetivos revelam não ter em consideração a rotina da criança, não correspondem a comportamentos específicos, nem constituem competências necessárias, para além de que não são

observáveis/mensuráveis, não explicitam o critério de aquisição da competência, não são generalizáveis nem referem o período esperado para a aquisição da competência.

O segundo instrumento utilizado avalia se os objetivos contemplam uma intervenção focada na família. Esta escala, à semelhança da anterior, apresenta todos os resultados muito abaixo (entre 1 e 1,67) do valor médio (3). Os indicadores da especificidade revelam que não estão definidos comportamentos ou resultados esperados (1,67) e em termos de contexto as estratégias não contemplam uma intervenção centrada na rotina (1,67). Valores ainda menores sugerem que a linguagem empregue é confusa (1,33) e os objetivos se dirigem-se para competências que parecem não ser necessárias para o desenvolvimento da criança e funcionalidade das rotinas familiares. Os indicadores pontuados com o valor mínimo da escala são referentes à correspondência entre objetivos e estratégias e ao papel da família, sinalizando graves fragilidades dos objetivos a esses níveis.

Os resultados de ambos os instrumentos demonstram também neste caso que os objetivos apresentam uma qualidade muito fraca e não são direcionados para uma intervenção com a família.

e. Em síntese

À semelhança dos outros casos, serão apresentados de forma resumida os principais resultados relativos ao mesmo.

Relativamente às percepções, a DEE considera que as suas práticas são focadas na criança e na família atribuindo-lhe uma elevada importância, já a mãe é da opinião de que as práticas não são centradas nem na criança nem na família, considerando ambas importantes, principalmente a primeira prática mencionada. Os momentos de intervenção com o Tiago são em contexto individual, fora da sala de aula. A DEE é que escolhe as atividades mas também dá alguma liberdade à criança para fazer escolhas. Em relação aos processos, à semelhança de outros casos, os documentos encontram-se dispersos, sendo admitido para a avaliação o que está na escola de referência do agrupamento. Neste encontram-se as características do agregado, registos de avaliação formal do desenvolvimento (*CIF*), exames médicos, plano transição e o PEI. No que concerne à avaliação dos objetivos, estes apresentam valores muito abaixo da média em ambos os instrumentos resultando numa qualidade pobre e que não consideram a família na sua construção.

CAPÍTULO 4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com o intuito de perceber quais as orientações nas práticas de IP (Criança Vs. Família), optou-se por recolher a percepção dos profissionais e famílias e o grau de importância que lhe atribuem, efetuar uma análise dos processos, avaliar a qualidade dos objetivos dos programas de intervenção e observar as práticas em contexto.

Dada a extensão dos resultados, optou-se por sumarizar os resultados obtidos em dois quadros um relativo aos profissionais (Quadros 11a e 11b), que se apresenta de seguida, e outro às famílias (Quadro 12, p.85), de modo a disponibilizar uma visão de conjunto dos vários tipos de dados que concorrem para a interpretação e consequente discussão dos resultados.

Quadro 11a

Síntese das perspetivas e práticas de IPI dos profissionais participantes

Casos	Serviço/ Contexto	Experiência em IP	Objetivos		Processos		Intervenção	Perceção da prática	
			Qualidade	Orientação	Elementos	Orientação	Orientação	Realizada	Valorizada
Bruna	ELI / Domicílio	5 anos	Pobre	Criança (objectivos já definidos como comportamentos ou resultados, mas sem indicar o critério de aquisição)	Registo das preocupações e reuniões com a família; Avaliação formal	Criança (fornece estratégias à família, mas esta não participa na intervenção)	Criança	Criança e Família	Criança e Família
André	ELI / JI	4 anos	Pobre	Criança (com tentativa de utilizar uma escrita clara, de não utilizar materiais específicos e de corresponder as estratégias aos objectivos)	Registo das preocupações e reuniões com a família; Avaliação formal	Criança (não são realizadas observações em contexto para avaliar as rotinas)	Criança (trabalhando também nalgumas rotinas)	Criança e Família	Criança e Família
Amélia	ELI / Creche	20 anos	Pobre	Criança (tentativa de formular os objectivos numa linguagem mais clara)	Documentos formais, registos de reuniões e estratégias para a família; avaliação formal	Criança (documento com estratégias já mostra alguma intenção de incluir a família)	Criança	Criança e Família	Criança e Família

Quadro 11b

Síntese das perspectivas e práticas de IPI dos profissionais participantes

Casos	Serviço/ Contexto	Experiência em IP	Objetivos		Processos		Intervenção	Percepção da prática	
			Qualidade	Orientação	Elementos	Orientação	Orientação	Realizada	Valorizada
José	MEC / JI	6 anos	Pobre	Criança (com tentativa de contemplar quando se considera que a criança adquiriu a competência)	Só consta a informação familiar (caracterização do agregado)	Criança (mãe do José indicou indisponibilidade de comparência)	Criança (no entanto quando o José se quer juntar ao grupo a DEE permite e apenas fica a controlar as atividades à distância)	Nem na Criança nem na Família (técnica nunca conseguiu entrar em contacto com a mãe)	Criança e Família
Francisco	MEC / JI	5 anos	Pobre	Criança (com tentativa de corresponder as estratégias aos objetivos)	Relatórios e documentos formais	Criança	Criança (embora tenha aproveitado para intervir em algumas rotinas)	Criança e Família	Criança e Família
Tiago	MEC / JI	15 anos	Muito Pobre	Criança	Relatórios e documentos formais	Criança	Criança (às vezes a técnica explora algumas rotinas)	Criança e Família	Criança e Família

4.1. A intervenção centrada na família – realidade ou ilusão?

Diversos estudos têm procurado perceber como é que se processa a IPI na prática apreciando o modo como atuam os profissionais nos diferentes contextos e com os diferentes intervenientes no processo (Almeida, 2007; Cordeiro, 2004; Gronita, Bernardo, Marques & Matos, 2011; Mendes, 2010; Pereira, 2009). No entanto, o âmbito das investigações é normalmente mais abrangente do que o foco do presente estudo, o que dificulta a comparação dos resultados.

Tendo presente que nos últimos anos se assistiu à entrada em vigor de um novo enquadramento legal (DL 281/09 de 6 de Outubro), à publicação do Relatório final do projeto de construção de boas práticas (Gronita *et al.*, 2011) e à realização de formação profissional especificamente dirigida para à resolução de problemas detetados em avaliações anteriores (Boavida, 2013), neste estudo procura-se averiguar de que forma é que as práticas atuais sinalizam impactos da mudança paradigmática em curso.

Tratando-se de um estudo de casos múltiplos, importa salientar que a comparação entre os resultados encontrados e muitos dos resultados dos estudos realizados anteriormente se vê de algum modo limitada, em face da diversidade de abordagens metodológicas (extensivas e quantitativas) empregues. Mas, ainda que se disponha de uma amostra muito pequena que não permite o recurso a análises estatísticas inferenciais, continua a fazer sentido identificar e comparar tendências genéricas que, sem pretender extrapolações para universos mais amplos, ajudem a extrair implicações relevantes que possam constituir hipóteses a explorar posteriormente.

Analisando o cômputo geral dos resultados obtidos, percebe-se que as práticas dos profissionais de IPI que participaram neste estudo são predominantemente orientadas para a criança.

Da análise dos processos de cada criança – repositório de todos os registos importantes sobre esta e a família que permite traçar uma intervenção individualizada – sobressai uma avaliação diagnóstica centrada maioritariamente na criança e na análise de documentos formais, aplicando nomeadamente escalas de desenvolvimento infantil. Esta predominância de instrumentos de avaliação individual sobre as avaliações informais foi igualmente encontrada por Gronita e colaboradores em 2011. Por outro lado, apesar de os familiares constarem como intervenientes nas várias fases do processo, nunca tiveram um papel ativo na tomada de decisões. Situação idêntica

foi encontrada por Mendes (2010), na avaliação de 62 processos, realizada com o mesmo instrumento no distrito de Portalegre.

Embora devam integrar o processo, para além dos planos individuais (PIIP e PEI), documentos relacionados com a avaliação, planificação e intervenção (Simeonson, 1995), nestes processos prevalece a documentação relativa à avaliação, o que condiciona, como referiu Simeonson (1995) a qualidade das fases seguintes do ciclo da intervenção. A este nível registam-se algumas diferenças entre serviços, sendo que os planos das ELI, ao contrário dos do MEC, apresentam uma rúbrica onde as preocupações das famílias são levantadas. No entanto, mesmo nos casos em que existe este levantamento, as informações não são muito pormenorizadas e parecem “perder-se” na intervenção. Isto verifica-se, igualmente, nos processos que apresentam registos de reuniões com a família e outros técnicos, uma vez que embora já exista um esforço na recolha de informações de todas as partes os registos mantêm-se apenas em registos e não parecem ser utilizados como um elemento fulcral na fase de planeamento.

Considerou-se como critério de participação as assinaturas que constavam no plano de intervenção, supondo-se que estas refletiriam a coparticipação de todos os intervenientes. No entanto, tendo em conta os termos técnicos em que foram redigidos os planos de intervenção e o enfoque pobre ou nulo nas especificidades da unidade familiar, poderá pensar-se que essas assinaturas refletem uma mera formalidade, em que os pais são convidados a assinar um documento que lhes é alheio não refletindo as suas necessidades nem a definição do seu papel como intervenientes.

No mesmo sentido apontam as características de que se reveste a formulação de objetivos e estratégias, essenciais à fase de planificação da intervenção. Os casos analisados apresentam objetivos com uma fraca qualidade e pouco direcionados para a família, donde resulta num empobrecimento das intervenções por incompreensão da forma como todos os intervenientes devem atuar com vista à aquisição de competências que, regra geral, nem foram explicitadas. Continua a verificar-se, portanto, em 2015, aquilo que Almeida constatava em 2007, ou seja, os aspetos relacionados com o envolvimento ativo das famílias continuam a ser apontados como problemáticos. Desejando-se que a implementação seja transversal a todos os intervenientes que fazem parte dos contextos naturais da criança, é importante que os objetivos sejam redigidos de forma simples e clara para que todas as pessoas, pais incluídos, os possam compreender e trabalhar no mesmo sentido. Para isso, é igualmente fundamental que os objetivos sejam específicos,

contemplem critérios de aquisição, mas sobretudo que explicitem a relevância da aquisição de cada competência para o dia-a-dia da criança (McWilliam, 2010). Estas propriedades poderão também orientar a família no seu desempenho, ajudando-a a acreditar nas potencialidades da criança e incentivando-a a participar na aquisição das competências.

Tendo em conta que, para que exista a aquisição de uma competência, ela terá de ser trabalhada sistematicamente nas rotinas das crianças e não apenas treinada em sessões descontextualizadas e esporádicas, mostra-se significativa a realização de uma intervenção centrada nas rotinas em contextos naturais (McWilliam, 2010). Para tal, os profissionais de IPI deverão capacitar os intervenientes que mais tempo passam com a criança procurando delinear uma intervenção adaptada aos contextos em que esta se insere.

Colocando a tónica na fase da intervenção propriamente dita, e nos dados das observações realizadas em contexto, constatou-se que mesmo em momentos propícios para trabalhar com a criança nas rotinas, a intervenção foi maioritariamente individualizada. No caso relativo ao contexto domiciliário, a família, mesmo estando presente, não foi convidada a participar. Esta situação não parece ser muito singular pois no estudo de Mendes (2010) nas observações que decorreram com a família presente, esta nem sempre tem um papel ativo nas intervenções, assistindo-se a casos onde participa, outros onde treina competências e por fim, casos onde a família apresenta um papel passivo de observador. Nos restantes casos das ELI, as intervenções são também dinamizadas em contexto natural de rotinas (creche e JI), no entanto, à semelhança do caso anterior, as suas dinamizações foram essencialmente centradas na criança, aspeto que também se verifica no estudo de Mendes (2010) que, ao fazer uma categorização dos tipos de intervenção, verificou que eram as centradas na criança as que prevaleciam (cerca de 40% de todos os tipos de intervenção). Relativamente aos casos do MEC, é apontada mais heterogeneidade nos tipos de intervenção, assistindo-se a intervenções dentro do contexto natural e em contexto de gabinete. Estes dois tipos de intervenção não variam muito sendo essencialmente direcionadas para a criança (à exceção de uma observação do caso 4). Esta prática verifica-se também no estudo de Mendes (2010), que constatou que, no caso de as intervenções serem centradas na criança, esta é muitas vezes retirada do contexto.

4.2. Das percepções às práticas dos profissionais de IPI: mudam-se os tempos e o discurso mas não as práticas

Diversos estudos têm procurado, tal como nesta pesquisa, analisar a relação entre *práticas ideais* e *atuais*, comparando o que os profissionais valorizam na teoria com aquilo que dizem que fazem. Recorrendo a instrumentos diferentes, tais como o *Brass Tacks* (usado por Pereira, 2009), o Formulário de Autoavaliação do *Guia de Padrões de Qualidade em Intervenção Precoce* (empregue por Mendes, 2010) ou o questionário *Participação da Família na Avaliação da Criança* (usado por Carvalho, 2004); incidindo em amostras com amplitudes muito diversas (que vão desde 30 profissionais em Carvalho, 2004 até 558 profissionais em Pereira em 2009) e relativas a zonas específicas do país, tais como Lisboa (em Pimentel, 2003) ou Coimbra (em Carvalho, 2004), ao continente (Almeida, 2007) ou contemplando até os territórios insulares (em Pereira, 2009), todos eles apontam para resultados análogos, em que se denota:

- Uma alternância muito equilibrada em cada profissional entre princípios centrados na criança e na família, ao nível da *valorização de modelos de IPI*, embora nalguns estudos prevaleçam os primeiros (Pimentel, 2003), enquanto noutros predominam os segundos (Almeida, 2007);
- Uma prevalência dos princípios centrados na criança relativamente aos centrados na família, nas *práticas que consideram implementar* (Pimentel, 2003), sobretudo em facetas da intervenção relacionadas com o registo e avaliação dos comportamentos da criança antes e durante a avaliação, e com a validação dos resultados alcançados (Carvalho, 2004);
- Uma discrepância entre as *práticas que consideram implementar* e o *grau de importância que lhes atribuem* ao nível dos modelos teóricos que lhes subjazem, revelando-se a a intervenção centrada na família mais evidente ao nível das práticas ideais do que das práticas atuais (Aguiar & Carvalho, 2013; Carvalho, 2004; Pereira, 2009; Pimentel, 2003);

Foi interessante constatar que, mesmo neste novo enquadramento legal e passados alguns anos, os modelos mais valorizados pelos profissionais continuam a aproximar-se mais claramente

dos encontrados por Pimentel, em 2003, do que dos resultados mais recentes de Almeida (2007). Embora possamos considerar que os profissionais já parecem valorizar um pouco mais as práticas centradas na família do que nos resultados encontrados por Pimentel (2003), ainda continua a assistir-se a uma dominância da valorização de princípios de ação centrados na criança relativamente à família.

Não surpreende, portanto, que na caracterização que efetuam das suas práticas prevaleça uma atuação centrada na criança, que não deixa porém de se conjugar com práticas consideradas centradas na família. Atendendo aos valores médios encontradas na EIFF, em ambos fatores (1 – centrado na criança; 2 – centrado na família) verifica-se uma tendência global para os valores relativos às práticas idealizadas serem superiores aos atribuídos na perceção das suas práticas, procurando tornar consistentes idealizações e práticas realizadas, embora sem que a caracterização de ambas se sobreponha perfeitamente. De qualquer forma, tal como nos estudos realizados anteriormente, continua a observar-se uma maior intervenção centrada na família ao nível das práticas ideais do que das práticas atuais (Aguiar & Carvalho, 2013; Carvalho, 2004; Pereira, 2009; Pimentel, 2003).

Maior hiato se verifica quando, na caracterização das práticas, se comparam dados de autoavaliação dos profissionais com dados de observação das suas práticas. A intervenção centrada em torno da família revelou-se, quer na análise dos processos das crianças, quer nas observações feitas em contexto de intervenção, muito menos evidente e mais pobre:

- a avaliação diagnóstica e a documentação que integra os processos individuais centram-se essencialmente nas dificuldades da criança em detrimento das preocupações e necessidades da família;
- os objetivos, que lideram a planificação da intervenção, revelam, para além de múltiplas debilidades e omissões responsáveis por uma reduzida qualidade, uma intervenção centrada quase exclusiva na criança;
- a intervenção propriamente dita é sobretudo realizada pelo especialista de IPI em dinâmicas “um para um”, desinseridas do grupo, e sem que se assista a uma capacitação dos diferentes interlocutores (professores, auxiliares de educação, familiares, etc.) para que estes intervenham de forma consistente e continuada com as crianças. Nos casos das ELI esta situação verifica-se, muito embora as intervenções ocorram no local das

suas rotinas (creche, domicílio, JI), ou seja, a percepção da importância da criança estar inserida no seu contexto natural ainda não se traduz numa adaptação das intervenções às rotinas; nos casos do MEC não se observou uma tendência dominante.

Não existe um consenso generalizado entre os estudos realizados anteriormente em que se comparam dados de autoavaliação dos profissionais com dados de observação das suas práticas. Enquanto que em Mendes (2010) os dados de ambos os processos convergem, em Almeida (2007) – tal como nos resultados do presente estudo – observa-se uma espécie de desfasamento, com menor incidência de práticas observadas centradas na família do que de práticas auto percebidas.

Diversos autores têm identificado e interpretado as divergências entre práticas idealizadas, auto percebidas e observadas, tanto em termos internacionais (Dunst, 2000; Wilson & Dunst, 2005) como nacionais (Almeida, 2007), como sintomáticas não de problemas ao nível da assimilação dos conceitos e princípios defendidos pelo novo paradigma de IPI, mas de dificuldades ao nível da aplicação da teoria ou da operacionalização de estratégias para agir e refletir sobre a IPI em consonância com as novas (ou já não tão novas assim) práticas recomendadas. Dunst (2000; Wilson & Dunst, 2005) considera que estas dificuldades de aplicação se encontram sobretudo ao nível da componente participativa das práticas de ajuda centradas na família. Nas intervenções observadas neste estudo, as dificuldades de aplicar o modelo centrado na família não são assim tão circunscritas, em vez disso, o que se constata é apenas uma recolha das preocupações da família, que só acontece nos PIIP das ELI, e que depois acaba por não ser alvo de trabalho com as próprias famílias, centrando-se uma vez mais nas crianças. Nos casos do MEC não se assistiu a qualquer auscultação das famílias.

Estudos portugueses procuraram também perceber algumas variáveis que condicionavam o grau de importância atribuído à IPI centrada na família. Os resultados de Pereira (2009) indicam que a IPI centrada na família varia consoante a formação dos profissionais (profissionais que referem ter tido formação na área de IPI atribuem mais importância a estas práticas em detrimento dos profissionais que não tiveram formação na mesma área), o tipo de profissionais (com os educadores e psicólogos a valorizarem-na mais do que os médicos e enfermeiros), a localização geográfica (com os Distritos de Viana do Castelo, Coimbra, Portalegre, Beja e o arquipélago da Madeira a destacarem-se de forma positiva na maioria das etapas das práticas de IPI centradas na

família), a existência de articulação de apoios e de serviços no projeto de IPI (os projetos onde a articulação é mais evidente obtêm melhores resultados nas práticas) e, por fim, o local onde a intervenção ocorre (com as intervenções realizadas em contexto de domicílio a apresentarem resultados mais altos em detrimento dos outros locais). No mesmo estudo, também foram identificadas variáveis que parecem não condicionar a variável da importância atribuída pelos profissionais, são exemplo a faixa etária da criança, o número de crianças atendidas por profissional. Contrariamente, outro estudo mais recente realizado por Aguiar e Carvalho (2013) apresenta valores contraditórios. De facto, não registam diferenças significativas na perceção dos mesmos profissionais em relação as práticas típicas e as práticas ideais, em função das variáveis idade, tempo de experiência profissional em IPI, formação de base e formação complementar, mas também neste estudo são identificadas diferenças entre as perceções dos profissionais em relação às práticas típicas, em função das suas perceções acerca do tipo de funcionamento da equipa, com os profissionais que caracterizam a equipa como transdisciplinar a relatar práticas típicas mais próximas das práticas recomendadas.

De acordo com estes resultados, a transição entre modelos/paradigmas de IPI parece encontrar-se estagnada, uma vez que não se observam entre estes resultados e os de estudos anteriores realizados em Portugal uma evolução significativa, nem no plano das ideias que são valorizadas pelos profissionais, nem no plano das práticas de intervenção realizadas. Representa, portanto, um desafio significativo conceber estratégias de desenvolvimento profissional para alterar de forma eficaz esta situação.

4.3. A IPI aos olhos dos pais: “Eles é que estudaram, logo eles é que sabem... ou não?”

As perspetivas da família acerca dos modelos e práticas da IPI representam um objeto de estudo fundamental quando se procuram implementar práticas em que estas constituem o principal alvo/motor da intervenção. No entanto, os estudos realizados em Portugal com estes propósitos são menos frequentes do que os centrados nos pontos de vista dos profissionais, motivo pelo qual a relevância da análise desta questão se vê reforçada.

Neste estudo procurou-se perceber as perspetivas da família acerca do que consideram ser as práticas mais relevantes de IPI e em que medida consideram que a intervenção com os seus

educandos reflete ou não as orientações valorizadas. Com base nos resultados encontrados na EIFF (Quadro 12), verificou-se uma valorização muito mais expressiva das práticas centradas na criança relativamente às centradas na família: em todas as famílias, as pontuações médias do fator 1 – serviços focados na criança – são consideravelmente superiores às pontuações relativas ao fator 2 – serviços focados na família – ainda que em metade dos casos as pontuações médias relativas aos serviços focados na família sejam superiores ao ponto médio da escala. Resultados análogos já

Quadro 12

Síntese das perspectivas das famílias acerca das orientações desejáveis e atuais das práticas de IPI aplicadas nos seus educandos

Casos	Serviço/Contexto	Perceção da orientação da prática	
		Percebida	Valorizada
Bruna	ELI / Domicílio	Criança	Criança
André	ELI / JI	Criança e Família	Criança
Amélia	ELI / Creche	Criança	Criança e Família
José	MEC / JI	A técnica nunca reuniu com a mãe	Criança
Francisco	MEC / JI	-	Criança e Família
Tiago	MEC / JI	-	Criança e Família

tinham sido encontrados por Pimentel (2003), embora a valorização de ambos os serviços diferisse, em média, consideravelmente menos do que no presente estudo. De algum modo, esta ênfase nos serviços focados na criança – mais significativa do que a registada junto dos profissionais – parece ainda veicular o velho “modelo do especialista”, de que fala Coimbra (1991, cit. por Carvalho, 2008), acentuando a assimetria de saberes entre o perito e os pais e concordando tacitamente com a primazia do primeiro na tomada de decisão e liderança de todo processo. Em que medida é que os profissionais vêm, com as suas práticas, contribuindo para a sedimentação deste modelo ou para a construção de um modelo mais colaborativo representa uma questão de investigação bastante pertinente.

Quando se analisou a distância entre os serviços que as famílias percecionavam receber e os serviços que consideravam importantes para satisfazer as suas necessidades, através de uma comparação entre médias relativas a estas duas questões, constatou-se que na generalidade dos casos (à exceção do António), as escalas de importância são sistematicamente superiores às escalas

dos serviços recebidos, tanto nos serviços centrados na criança como na família. Esta espécie de desfasamento já tinha sido observado noutros estudos (Aguiar e Carvalho, 2013; Carvalho, 2004; Mahoney, O'Sullivan & Dennenbaum, 1990 e McWilliam *et al.*, 2000, ambos cit. por Pimentel, 2003; Pimentel, 2003), levando Carvalho a concluir que, em termos globais, *na perspetiva das famílias, existe um número elevado de práticas cuja implementação se encontra aquém do que é valorizado e considerado importante no processo de avaliação da criança em IP* (Carvalho, 2004; p. 157). No entanto, os resultados de Almeida (2007), afastam-se consideravelmente dos anteriores, uma vez que não só a família se considerava, genericamente, satisfeita com a forma como as práticas eram conduzidas pelos profissionais, como se verificou uma grande correspondência:

entre as expectativas iniciais da família e a sua efetivação na intervenção, nomeadamente em questões que têm a ver com a resposta aos principais problemas da família, os aspectos a privilegiar na intervenção, as características do técnico responsável e a forma como decorreu o processo de avaliação/intervenção... (Almeida, 2007, p. 654).

Os resultados do presente estudo afastam-se deste retrato harmonioso. Mas o deficit do “recebido” em relação ao “valorizado” é significativamente maior nos casos em que o acompanhamento é efetuado pelo MEC, independentemente do foco ser na criança ou na família. Esta distância pode ser entendida, como propuseram Lanners e Mombaerts (2000, cit. por Pimentel, 2003), como um indicador de menor satisfação parental dos pais servidos pelo MEC do que pelas ELI, uma vez que nestas os valores médios são bastante mais próximos. Mas estes dados podem também ser interpretados como indiciando que as famílias acompanhadas pelo MEC estejam menos por dentro das dinâmicas de acompanhamento do que nas ELI, levando à eventual construção de expectativas irrealistas que depois os pais sentem terem sido defraudadas.

Importava, perceber, por outro lado, em que medida é que as perceções dos pais e dos profissionais acerca das práticas de IPI desenvolvidas são consonantes entre si. Esta questão de investigação não é nova, diversos investigadores já a exploraram em estudos anteriores (Almeida, 2007; Carvalho, 2004; Pimentel, 2003), mas impunha-se averiguar se estes dois retratos revelam atualmente uma maior convergência do que no passado. Tanto as pesquisas portuguesas (Almeida, 2007; Carvalho, 2004; Pimentel, 2003) como diversas investigações internacionais (Crais e Belardi, 1999; Dunst, 2002; Petr & Allen, 1997 todos cit. por Carvalho 2004), têm encontrado diferenças significativas entre as práticas que os profissionais dizem prestar e as práticas que as famílias

afirmam ter recebido, no sentido em que os profissionais percebem sempre prestar mais serviços do que os pais percebem receber.

Ao analisar as orientações percebidas pelos pais e pelos profissionais nas intervenções, os resultados obtidos por Pimentel (2003), com a Escala de Intervenção Focada na Família, mostraram sempre diferenças significativas entre os serviços focados na criança e focados na família, com os serviços focados na criança a serem considerados mais frequentes por ambos os interlocutores. Mas, ao passo que nesse estudo as diferenças entre as frequências relativas às práticas centradas na criança e na família se mantinham sensivelmente próximas nos pais e nos profissionais, divergindo apenas em 0,2 pontos, na presente investigação os pais reconhecem nos serviços que lhes são prestados muito menos práticas focadas na família do que na criança, particularmente aqueles que são acompanhados pelas ELI e que, em 6 pontos de intervalo, chegam a apresentar discrepâncias dos autorrelatos dos profissionais entre os 1,13 e os 2,99 pontos.

Neste contexto, uma vez mais se constata que as perspetivas dos profissionais e das famílias não são idênticas, tanto ao nível dos serviços desejados como das representações que fazem dos serviços prestados. Ao contrário dos resultados da pesquisa de Almeida (2007) que mostram uma concordância grande entre as respostas das mães e dos técnicos no que concerne à forma como decorreu a intervenção, os resultados do presente estudo vão no sentido dos reportados por Pimentel (2005).

Mas, tal como em Almeida (2007), estes dados não significam que se tenham encontrado problemas de relacionamento na díade família-profissional, estando por isso, como refere Dunst (2005) assegurada uma condição necessária, embora não suficiente, para a promoção de um trabalho colaborativo entre estes atores. Este representa um dos grandes desafios a analisar em estudos futuros. De facto, as práticas relacionais parecem estar asseguradas mas as práticas participativas não o estão (Dunst, 2002).

CAPITULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso uma aldeia inteira para educar uma criança

Provérbio africano

Concluir esta pesquisa implica dar resposta à interrogação com que esta foi iniciada: afinal a intervenção focada na família continua a ser um desejo ou corresponde já a uma realidade?

Perante a alteração de quadros legislativos que regulam práticas de IPI em Portugal, procurou-se nesta pesquisa perceber em que medida é que os resultados de diversos estudos desenvolvidos ao longo da última década para avaliar a distância das práticas dos profissionais de IPI às orientações recomendadas pela investigação se mantinham inalterados ou, pelo contrário, já demonstravam uma maior afinidade à intervenção centrada na família independentemente de esta ser decorrente do novo enquadramento legal, do processo de socialização informal que ocorre ao longo do desenvolvimento profissional ou de percursos intencionais de formação profissional.

Os resultados deste estudo mostram, a nível das perceções, que os profissionais valorizam os dois tipos de práticas – centradas na criança e centradas na família – considerando também implementarem-nas no exercício da sua profissão, embora ainda se manifeste uma tendência mais forte na prática centrada na criança. Relativamente às famílias, estas continuam a atribuir mais importância às práticas centradas na criança e consideram que são as mais utilizadas pelos profissionais. Por outro lado, as intervenções dos profissionais mostram práticas ainda muito individualizadas e com diversas limitações técnicas, ao nível da planificação e da intervenção propriamente dita, aspetos também encontrados noutros estudos nacionais (Boavida, 2013; Mendes, 2010), revelando que intervenção focada na família ainda está longe de liderar as práticas de IPI em Portugal.

Este panorama sugere que as práticas recomendadas não estão a ser facilmente mobilizadas na intervenção. A transposição dos modelos teóricos para a prática revela-se difícil, implicando uma alteração substancial nas dinâmicas colaborativas entre especialistas e com as famílias, que venha a repercutir-se nas várias fases da intervenção. Alguns autores têm considerado tratar-se sobretudo de uma dificuldade de operacionalização (Almeida, 2007; Pereira, 2009), mas a

perturbação causada pela mudança de paradigma – uma nova forma de pensar, decidir e atuar – pode dificultar ainda mais uma acomodação.

Por mais que os profissionais já estejam familiarizados com o modelo de intervenção centrado na família, demonstram dificuldades em operacionalizar esses princípios no quotidiano, a diferentes níveis. Uma espécie de “efeito bola de neve” parece estar presente, na medida em que as dificuldades encontradas na integração dos pais e das suas necessidades na fase de avaliação diagnóstica levam a um progressivo afastamento nas etapas de intervenção subsequentes. Esta grande dificuldade de aplicação do modelo centrado na família já foi referida por diversos investigadores internacionais (Dunst 2000; Winston & Dunst, 2005 cit. por Almeida, 2007) e nacionais (Almeida, 2007; Mendes, 2010 e Pereira, 2009).

Os profissionais chegam mesmo a identificar a necessidade de mais e melhor formação na IPI (inicial, especializada e contínua), e queixam-se que a legislação não promove a possibilidade de uma *maior uniformidade e funcionamento das equipas a nível nacional, bem como uma maior estabilidade no vínculo contratual dos profissionais que compõem as equipas* (Pereira, 2009, p. 17), aspetos que constituem obstáculos ao estabelecimento e estreitamento de relações com os pais, fundamentais na promoção de uma lógica colaborativa com parcerias efetivas e eficazes.

Mas a flutuação entre modelos de intervenção encontra-se também ao nível das abordagens e princípios valorizados pelos profissionais o que, se por um lado, poderia caracterizar um momento de transição, por outro lado, ao permanecer sem alterações substanciais relativamente aos estudos realizados em Portugal anteriormente, poderá indiciar uma espécie de cristalização numa abordagem eclética que, ao pretender conjugar práticas inconciliáveis, pode resultar numa miscelânea de estratégias inconsistente e sem norteamento teórico.

O hiato continua a ser tão grande entre aquilo que é feito e aquilo que é recomendado, entre o académico que recomenda e o profissional que executa, que se torna necessário desafiar a comunidade científica e os profissionais a reinventarem novas medidas de ação. Conceber e testar práticas de investigação-ação que contemplem estratégias para estreitar a relação entre supervisor e supervisionado nas diferentes fases do processo de IPI, numa ótica de trabalho colaborativo, pode representar uma das ações a explorar. É plausível que essas modalidades de trabalho colaborativo possam ajudar, por um lado, a cimentar o trabalho transdisciplinar entre especialistas

e, por outro lado, a extrapolar as vantagens das parcerias para a relação com a família. Muito trabalho há a fazer neste campo.

De acordo com os resultados deste estudo, as famílias continuam a delegar predominantemente nos profissionais os conhecimentos e a competência para liderar a tomada de decisão em IPI, aspeto presente em muitos dos estudos anteriores (Almeida, 2007, Cavalho, 2004; Mendes, 2010; Pereira, 2009; Pimentel, 2003). Um dos primeiros e principais objetivos a trabalhar nestas parcerias envolve a desconstrução do tradicional modelo de especialista, levando a um trabalho menos hierarquizado, em que todas as entidades assumam papéis reconhecidos por todos como igualmente importantes, contribuindo assim para o *empowerment* das famílias.

Para além disso, e independentemente do modelo em que as práticas dos profissionais se enquadram, detetaram-se graves deficiências técnicas ao nível da formulação de objetivos, inexistência de registos das intervenções e reuniões com a família e uma desorganização generalizada dos processos. Estas limitações, já identificados em outros estudos (Boavida, 2013; Mendes, 2010), poderão contribuir para um empobrecimento das práticas de IPI em todas as fases do processo de avaliação/intervenção.

Apesar dos resultados deste estudo não serem passíveis de uma generalização a universos mais abrangentes, espera-se que a sua realização tenha contribuído para a análise da qualidade das práticas de IPI nos diferentes serviços e contextos. A auscultação dos principais intervenientes – profissionais e família – e a análise contextualizada de processos e práticas de alguns casos concretos possibilitou um olhar multifacetado sobre as realidades da IPI que pode ajudar a projetar medidas para promover a mudança.

Contudo, esta pesquisa não está isenta de lacunas que vêm limitar o alcance dos resultados: por um lado, a sua integração num projeto de investigação mais vasto dificultou o processo de análise e apropriação dos resultados, uma vez que teve de se sujeitar a decisões já estabelecidas e que ultrapassavam o seu âmbito; por outro lado, a inexperiência ao nível dos processos de análise e interpretação de resultados foi seguramente responsável pelo subaproveitamento de alguma da informação recolhida no âmbito desta pesquisa. Esta limitação poderá vir ser ultrapassada, na medida em que muitos destes dados serão alvo de uma análise necessariamente mais abrangente e aprofundada, no âmbito de um doutoramento em curso.

De qualquer modo, a investigação continua a revelar a improdutividade das medidas que têm sido acionadas para promover a apropriação dos princípios e estratégias de intervenção centradas na família. Daí que esta problemática apresente uma nítida de necessidade de continuar a ser alvo de investigação, como diversos autores (Almeida, 2007; Boavida, 2013; Carvalho, 2004; Mendes, 2010, Pereira, 2009, Pimentel, 2003) têm sublinhado, uma vez que ainda há um longo caminho a percorrer para que as práticas *reais* passem a estar mais em sintonia com as recomendadas pela literatura. A implementação de uma mudança de paradigma desencadeia uma série de resistências e obstáculos, uma vez que vem pôr em causa anos e anos de práticas filiadas em modelos anteriores ou estagnadas por falta de reflexão.

Tendo em conta que as práticas recomendadas já começam a ser reconhecidas como importantes pelos profissionais de IPI e os mesmos manifestam dificuldades na sua operacionalização (Almeida, 2007; Pereira, 2009) torna-se importante perceber como é que se pode agilizar esse processo de transposição para as práticas. Alguns autores (Boavida, 2013 e Almeida et al., 2011) têm procurado perceber os impactos da formação profissional na mudança de práticas, no entanto, não têm conseguido produzir mudanças significativas.

Para uma eficaz implementação das práticas recomendadas torna-se necessário testar modalidades de formação menos pontuais, em que se promova uma supervisão presente e contínua, envolvendo a discussão de casos concretos, de modo a facilitar uma reinvenção das técnicas, das lógicas de trabalho e das dinâmicas de colaboração que traduza os princípios da intervenção centrada na família, sem os desvirtuar.

De modo a procurar ultrapassar as dificuldades encontradas no terreno, encontra-se em desenvolvimento o Projeto Im² [Intervir mais, Intervir melhor], que se espera vir a dar frutos significativos e um grande impulso à promoção da qualidade da IPI em Portugal. Em 2016 o Projeto Im² publica o manual *Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância: um guia para profissionais*, que disponibilizará instrumentos de suporte às práticas e será objeto de divulgação através da realização de ações de formação, com acompanhamento dos profissionais de IPI, por supervisores com experiência e formação na área. Como se refere no sítio do Projeto Im², a metodologia teórica/prática das formações pretende:

(...) criar um espaço de reflexão e formação participada, que privilegie a partilha de experiências, o trabalho em equipa, refletir sobre e repensar formas de atuação, dinâmica de grupos, exposição dialogada,

visionamento de vídeos, diapositivos e fotos, demonstração, trabalhos de grupo e prática simulada. (ANIP, 2015).

Este projeto, que visa colmatar algumas das limitações mencionadas anteriormente, exige o desenvolvimento de pesquisas que procedam à avaliação dos seus impactos.

REFERÊNCIAS

- Albergaria, R. (2012). *Práticas baseadas em evidências nos contextos inclusivos de jardim-de-infância: intervenções inseridas nas rotinas*. Tese de mestrado, Instituto Superior de Educação e Ciências, Lisboa, Portugal.
- Almeida, C. A. M. C. B (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. (2000). Evolução das teorias e modelos de intervenção precoce – caracterização de uma prática de qualidade. *Cadernos CEACF*, 15/16, 29-46.
- Almeida, I. C. (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.
- 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, I. C. (2011). A intervenção centrada na família e na comunidade: O hiato entre as evidências e as práticas. *Análise Psicológica*, 1(29), 5-25.
- Almeida, I. C., Carvalho, L., Ferreira, V., Grande, C., Lopes, S., Pinto, A. I., et al. (2011). Práticas de intervenção precoce baseadas nas rotinas: Um projecto de formação e investigação. *Análise Psicológica*, 1 (29), 83-98.
- Almeida, S. A., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Lisboa: Psiquilíbrios.
- (ANIP) Associação Nacional de Intervenção Precoce. (2015, 15 Maio). Objetivos do Projeto Im². Acedido em 1 novembro 2015, de <http://www.im2.anip.net/index.php/objetivos#>.
- Augusto, H., Aguiar, C., & Carvalho, L. (2013). Práticas atuais e ideais em intervenção precoce no Alentejo: perceções dos profissionais. *Análise Psicológica*, 1 (31), 49-68.
- Bairrão, J. (1992). A perspetiva ecológica em psicologia da educação. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 8, 57-68.
- Bairrão, J. (2003). Tendências actuais em intervenção precoce. *Psicologia*, 17 (1), 7-13.
- Bairrão, J., & Almeida, I. C. (2003). Questões actuais em intervenção precoce. *Psicologia*, 17(1), 15-29.

- Barreto, A. T. O. (2009). *Os pares e a inclusão da criança diferente na escola do primeiro ciclo*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Bell, J. (2010). *Doing your research project*. New York: McGraw-Hill.
- Bhering, E. & Sarkis, A. (2009). Modelo bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner: implicações para as pesquisas na área da Educação Infantil. *Horizontes*, 27(2), 7-20.
- Boavida, T. (2013). *Promoting the quality of individualized education plan (IEP) and individualized family service plans (IFSP) goals and objectives*. Tese de Doutoramento. ISPA-Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, Portugal.
- Boavida, T., Aguiar, C., McWilliam, R. A., & Pimentel, J. S. (2010). Quality of individualized education program goals of preschoolers with disabilities. *Infants & Young Children*, 23(3), 233-243.
- Boavida, T., Aguiar, C., McWilliam, R. A., & Correia, N. (2014). A training program to improve IFSP/IEP goals and objectives through the Routines-based interview. *Topics in Early Childhood Special Education*, 33(4), 200-211.
- Bowlby, J. (1998). *Secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bravo, M. P. C., Eisman & Buendia, L. (2012). *Investigación Educativa*, 3ªed. Sevilla: Alfar.
- Bretherton, I. (2005). In pursuit of the internal working model construct and its relevance to attachment relationships. In K. E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*, (pp. 13-47). New York: Guilford.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In *International Encyclopedia of Education*, Vol.3, 2nd. Ed. Oxford: Elsevier.
- Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. In P. Moen, G. H. Elder, Jr., & K. Luscher (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (pp. 619-647). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U. (1999). In S.L. Friedman & T.D. Wachs (Eds.), *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts* (pp. 3-28). Washington, DC: American Psychological Association Press.

- Bronfenbrenner, U., & Crouter, A. C. (1983). The evolution of environmental models in developmental research. In: P. Mussen (Ed.). *The handbook of child psychology – Theories of development, Vol. 1* (pp. 358-414). Wiley: New York.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.). *Handbook of child psychology*, (6th Ed.). Vol.1: *Theoretical models of human development*. New York: John Wileys and Sons.
- Buysse, V., & Bailey, D. B. (1993). Behavioral and developmental outcomes in young children with disabilities in integrated and segregated settings: A review of comparative studies. *Journal of Special Education*, 26, 434-461.
- 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.
- Carmo, M. G. F. S. (2004). *A influência das características das famílias em intervenção precoce na identificação das suas necessidades e na utilidade da sua rede de apoio social*. Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Carpenter, D. R. (2007). Phenomenology as method. In: H. J. Streubert Speziale & D. R. Carpenter (Eds.), *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (pp. 75-101). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carvalho, M. L. (2004). *Práticas centradas na família na avaliação da criança: Percepções dos profissionais e das famílias do PIP do distrito de Coimbra*. Unpublished Mestrado, Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho, Braga.
- Carvalho, R. G. G. (2008). A Dimensão Relacional da Intervenção dos Serviços de Psicologia nas Escolas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 119-124.
- Correia, N. C. C. C. (2011). *A importância da intervenção precoce para crianças com autismo na perspectiva dos educadores e professores de Educação Especial*. Tese de Mestrado, Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei nº 281/09 de 6 de Outubro. *Diário da República nº 193, I Série A*. Lisboa: Ministério da Educação, pp. 7298-7301.
- Decreto-Lei nº 3/08 de 7 de Janeiro. *Diário da República, nº 4, I Série*. Lisboa: Ministério da Educação, pp. 154-164.
- Despacho Conjunto nº 891/99 de 19 de Outubro. *Diário da República nº 244/99 – II Série*. Lisboa: Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

- Dunst, C. J. (1985). Rethinking early intervention. *Analysis and intervention in developmental disabilities*, 5, 165-201.
- Dunst, C. J. (2000). Revisiting “rethinking early intervention”. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20:2, 95-104.
- Dunst, C. J. (2002). Apoiar e capacitar famílias em intervenção precoce: o que aprendemos. In L. M. Correia & A. M. Serrano (Orgs.) *Envolvimento parental em Intervenção Precoce*, (cap. 4, pp. 77-92. Porto: Porto Editora.
- Dunst, C. J. (2005). Framework for practicing evidence-based early childhood intervention and family support. *CASEinPoint*, 1(1), 1-11.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In: S.Meisels & J. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2009). Capacity-building family systems intervention practices. *Journal of Family Social Work*, 12(2), 119-143. Doi: 10.1080/10522150802713322.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Jodry, W. (1997). Influences of social support on children with disabilities and their families. In: M. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 499-522). Baltimore: Brookes.
- Fonseca, R., Silva, P., & Silva, R. (2007). Acordo inter-juízes: o caso do coeficiente kappa. *Laboratório de Psicologia*, 5 (1), 81-90.
- Gonçalves, A. D. (2011). *Os modelos de intervenção são eficazes para melhorar a inclusão de crianças com autismo*. Tese de Mestrado, Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa, Portugal.
- Gronita, J., Pimentel, J., Matos, C., Bernardo e A., & Marques, J. (2009). *Os nossos filhos são... diferentes. Como podem os pais lidar com uma criança com deficiência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Guralnick, M. J. (2011). Why early intervention works: A systems perspective. *Infants & Young Children*, 24 (1), 6-28.
- Hertzman, C. (2000). The case for an early childhood development strategy. *Isuma: Canadian Journal of Policy Research*, 1(2), 11-18.
- Jung, L. A., & McWilliam, R. A. (2005). Reliability and validity of scores on the IFSP rating scale. *Journal of Early Intervention*, 27, 125-136.

- Kennedy, J. H., & Kennedy, C. E. (2004). Attachment theory: Implications for school psychology. *Psychology in the Schools, 41*(2), 247-259, doi: 10.1002/pits.10153.
- Maia, J., & Veríssimo, M. (2011). Teoria da vinculação: o salto do comportamento para o nível da representação. *Psicologia, Educação e Cultura, 15*(2), 380-393.
- McWilliam, R. (2010, September). *Routines-based early intervention*. Consultado em 15 novembro 2015, de https://www.researchgate.net/profile/Robin_Mcwilliam/publications.
- Meaney, M. J. (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual Review of Neuroscience, 24*, 1161-1192.
- Meisels, S. J., & Shonkoff, J. P. (2000). *Handbook of early intervention*. Cambridge: University Press.
- Mendes, 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.
- Ministério da Educação. (2008). *Educação especial, manual de apoio à prática*. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular Direcção de Serviços de Educação Especial e do Apoio Socioeducativo.
- Minuchin, P. (1985). Families and individual development: provocations from the field of family therapy. *Child Development, 56*, 289-302.
- OMS-Organização Mundial de Saúde & DGS-Direção-Geral da Saúde (2001). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde – CIF*. Lisboa: Autor (Tradução e revisão de Amélia Leitão, 2004).
- Pacheco, R. C. (2013). *Intervenção precoce na infância: uma abordagem ao risco ambiental na Região Autónoma dos Açores*. Tese de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Peck, C. A., Carlson, P., & Helmstetter, E. (1992). Parent and teacher perceptions of outcomes for typically developing children enrolled in integrated early childhood programs: A statewide survey. *Journal of Early Intervention, 16*, 53-63.
- Pereira, A. P. S. (2009). *Práticas centradas na família em intervenção precoce: um estudo nacional sobre práticas profissionais*. Tese de Doutoramento, Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Pereira, A. P. S., & Serrano, A. M. (2010). Intervenção precoce em Portugal: evidências e consequências. *Inclusão, 10*, 101-120.

- Pimentel, J. S. (2005). *Intervenção focada na família: desejo ou realidade*. Livro SNR nº 23. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Pimentel, J. S. (2004). Avaliação de programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica*, 1 (22), 43-54.
- Pimentel, J. S. (2003). A Escala de intervenção focada na família: estudo da sua validação. *Psicologia*, 17(1), 179-194.
- Pimentel, J. S. (1999). *Reflexões sobre a avaliação de programas de intervenção precoce*. *Análise Psicológica*, 1(17), 143-152.
- Pinto, J. S., Lopes, J. M., Oliveira, J. V., Amaro, J. P., & Costa, L. D. (2015). *Coeficiente de correlação intraclasse*. In Faculdade de Medicina do Porto, Métodos para estimação de reprodutividade de medidas, retirado de <http://users.med.up.pt/joakim/intromed/coeficiente correlacaointraclasse.htm>, a 3 de dezembro de 2015.
- Relvas, A. P. (2000). *Por detrás do espelho: Da teoria à terapia com a família*. Lisboa: Quarteto.
- Sameroff, A. J. (1975). Early influences on development: Fact or fancy? *Merril Palmer Quarterly*, 21, 267-294.
- Sameroff, A. J. (1983). Developmental systems: Contexts and evolution. In W. Kessen (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1, History, theory, and methods* (pp. 237-294). New York: Wiley.
- Sameroff, A. J. (1989). Models of developmental regulation: the enviontype. In: D. Cicchetti (Ed.). *The emergence of a discipline: Vol. 1. Rochester Symposium on Developmental Psychopathology* (pp. 41-68). Hillsdale: Erlbaum.
- Sameroff, A. J. (1997). Understanding the social context of early psychopathology. In: J. Noshpitz (Ed.), *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Sameroff, A. J. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development*, 81, 6-22.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transaccional regulation: The development ecology of early intervention. In: J. P. Shonkoff & J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 135-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Shonkoff, J. (2010). Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child Development*, 81, 357-367.

- Shonkoff, J. P., Boyce, W. T., & McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *Journal of the American Medical Association*, *301*, 2252-2259.
- Shonkoff, J.P., Hauser-Cram, P., Krauss, M.W., & Upshur, C.C. (1992). Development of infants with disabilities and their families: Implications for theory and service delivery. *Monograph of the Society for Research in Child Development*, *57*, SN 230.
- Shonkoff, J.P., & Meisels, S.J. (1990). Early childhood intervention: The evolution of a concept. In: S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 3-31). New York: Cambridge University Press.
- Simeonsson, R. J. *et al.* (1996). Services for young children and families: Evaluating intervention cycles. *Infants and Young Children*, *9* (2), 31-42.
- Stake, R. E. (2000). Case studies. In N. K. Denzin & Y. S Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 435-454). London: Sage.
- Trivette, C. M., Dunst, C. J., & Hamby, D. W. (2010). Influences of family-systems intervention practices on parent-child interactions and child development. *Topics in Early Childhood Special Education*, *30*, 3-19.
- Tudge, J. R. H., Mokrova, I., Hatfield, B. E. & Karnik, R. B. (2009). Uses and misuses of Bronfenbrenner's bioecological theory of human development. *Journal of Family Theory & Review*, *1*, 198–210, doi:10.1111/j.1756-2589.2009.00026.x.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher mental processes*. Cambridge: Harvard University Press.
- Wilson, L. L. & Dunst, C. J. (2005). Checklist for assessing adherence to family-centered practices. *CASEtools*, *1* (1), 1-6. Retirado em 28 março 2015, de http://www.fippcase.org/casetools/casetools_vol1_no1.pdf.
- Wolery, M., & Wilbers, J. S. (1994). Introduction to the inclusion of young children with special needs in early childhood programs. In M. Wolery & J. S. Wilbers (Eds.), *Including children with special needs in early childhood programs* (pp. 1-22). Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
- Wood, D. J., Bruner, J. S., & Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, *17*(2), 89-100.
- Yin, R. (1994). *Case study research: Design and methods*, (2nd ed.) Thousand Oaks: Sage Publications.

ANEXOS

ANEXO I

Escala de Intervenção focada na família – versão pais

(Escala de Intervenção Focada na Família – adaptação portuguesa da Family Focused Intervention Scale de Mahoney, Sullivan & Dennenbaum realizada por Pimentel, J. S. (2003)

Número de código (dos pais):

Data do Nascimento:

Data da Entrevista:

Diagnóstico:

Há quanto tempo tem PIIP:

Escala respondida por (parentesco com a criança):

Estamos interessados em saber se o Programa de Intervenção Precoce na Infância pelo qual é apoiada, lhe presta realmente os serviços abaixo mencionados. Leia cada afirmação e responda colocando um círculo à volta de um dos números, de 1 (nunca) até 6 (sempre). Por favor não deixe nenhum dos itens em branco. “Técnico” refere-se à pessoa que é responsável pelo seu Programa Individualizado de Intervenção Precoce (PIIP).

Todos os dados obtidos são confidenciais.

Muito obrigada.

Com que frequência, o Técnico de IPI:	Nunca	Às vezes	Sempre			
1 - Discute os objectivos globais do PIIP	1	2	3	4	5	6
2 - Lhe pergunta o que espera concretamente do PIIP relativamente ao seu filho	1	2	3	4	5	6
3 - Lhe pergunta o que quer para a sua família	1	2	3	4	5	6
4 - Lhe pergunta o que precisa para o seu filho	1	2	3	4	5	6
5 - Fala sobre o desenvolvimento do seu filho	1	2	3	4	5	6
6 - Explica porque é que se usam testes	1	2	3	4	5	6
7 - Explica como vai fazer a avaliação do seu filho	1	2	3	4	5	6
8 - Quer que esteja presente quando o seu filho é avaliado	1	2	3	4	5	6
9 – Lhe explica os resultados dos testes	1	2	3	4	5	6
10 - Lhe explica o que significam os resultados das avaliações/relatórios que o seu filho tem	1	2	3	4	5	6

	Nunca	Às vezes	Sempre
11 - Lhe pergunta quais são as sua principais necessidades	1	2	3 4 5 6
12 - Lhe pergunta quais são as sua principais preocupações	1	2	3 4 5 6
13 - A ajuda a preparar o futuro do seu filho	1	2	3 4 5 6
14 - Lhe mostra como ajudar o seu filho a desenvolver-se	1	2	3 4 5 6
15 - Lhe pergunta o que gostaria que o seu filho conseguisse aprender nas várias áreas	1	2	3 4 5 6
16 - Lhe mostra como deve brincar com o seu filho	1	2	3 4 5 6
17 - Lhe dá brinquedos ou jogos para o seu filho	1	2	3 4 5 6
18 - Lhe dá um plano de trabalho para realizar ao longo do mês/semana	1	2	3 4 5 6
19 - Mostra interesse em ouvi-la acerca da sua família e não só acerca do seu filho	1	2	3 4 5 6
20 - A ajuda a saber lutar, com a informação necessária, pelos direitos do seu filho	1	2	3 4 5 6
21 (23) - Quer que você escolha o que fazer no PIIP	1	2	3 4 5 6
22 - Lhe pergunta como quer participar no PIIP	1	2	3 4 5 6
23 - A ajuda a escolher o contexto educativo futuro para o seu filho (Jardim infantil, ama, escola regular, escola especial, etc.)	1	2	3 4 5 6
24 - A ajuda a obter ajuda de amigos e vizinhos	1	2	3 4 5 6
25 - Dá informação sobre formas de reduzir e combater o "stress"	1	2	3 4 5 6
26 - A ajuda a conseguir ter tempo para si própria	1	2	3 4 5 6
27 - A ajuda a obter cuidados médicos para o seu filho	1	2	3 4 5 6
28 - A encaminha para outros profissionais como assistentes sociais ou outros técnicos	1	2	3 4 5 6
29 - Lhe pergunta se gostava que outros profissionais dessem opinião sobre o caso do seu filho	1	2	3 4 5 6

	Nunca	Às vezes	Sempre
30 - A orienta para outros Programas, como Centros especializados ou escolas	1	2	3 4 5 6
31 - Proporciona oportunidades para que você participe em grupos de pais	1	2	3 4 5 6
32 - A ajuda a preencher impressos	1	2	3 4 5 6
33 - A ajuda a obter apoios para o seu filho noutros serviços	1	2	3 4 5 6
34 - A ajuda a obter subsídios a que tem direito	1	2	3 4 5 6
35 - A ajuda a encontrar transporte para os apoios, se necessário	1	2	3 4 5 6
36 - A encoraja a ser você a tomar as decisões sobre a educação e cuidados com o seu filho	1	2	3 4 5 6
37 - A ajuda a encontrar quem tome conta do seu filho	1	2	3 4 5 6
38 - A ajuda nos seus problemas pessoais	1	2	3 4 5 6
39 - A ajuda a saber lidar com o sistema de ensino e de apoio a crianças como o seu filho	1	2	3 4 5 6
40 -.Lhe mostra como aproveitar as rotinas do dia a dia para ajudar o desenvolvimento do seu filho	1	2	3 4 5 6

Escala de Intervenção focada na família – importância pais

(Escala de Intervenção Focada na Família – adaptação portuguesa da Family Focused Intervention Scale de Mahoney, Sullivan & Dennenbaum realizada por Pimentel, J. S. (2003)

Número de código (dos pais):

Data do Nascimento:

Data da Entrevista:

Diagnóstico:

Há quanto tempo tem PIIP:

Escala respondida por (parentesco com a criança):

Estamos interessados em saber em que medida considera importantes/gostaria de receber, da Equipa Local de Intervenção (ELI) pela qual é apoiada, os serviços abaixo mencionados. Leia cada afirmação e responda colocando um círculo à volta de um dos números, de 1 (não gostaria de receber estes serviços) até 6 (gostaria muito de receber esses serviços). Por favor não deixe nenhum dos itens em branco. “Técnico” refere-se à pessoa que é responsável pelo Programa Individualizado de Intervenção Precoce (PIIP).

Todos os dados obtidos são confidenciais.

Muito obrigada.

Gostaria que o técnico do seu PIIP	Nunca	Às vezes	Sempre			
1 - Discutisse os objetivos globais do PIIP	1	2	3	4	5	6
2 - Lhe perguntasse o que espera concretamente do PIIP relativamente ao seu filho	1	2	3	4	5	6
3 - Lhe perguntasse o que quer para a sua família	1	2	3	4	5	6
4 -Lhe perguntasse o que precisa para o seu filho	1	2	3	4	5	6
5 - Falasse sobre o desenvolvimento do seu filho	1	2	3	4	5	6
6 - Explicasse porque é que se usam testes	1	2	3	4	5	6
7 - Explicasse como vai fazer a avaliação do seu filho	1	2	3	4	5	6
8 - Quisesse a sua presença quando o seu filho é avaliado	1	2	3	4	5	6
9 – Lhe explicasse os resultados dos testes	1	2	3	4	5	6
10 - Lhe explicasse o que significam os resultados das avaliações/relatórios que o seu filho tem	1	2	3	4	5	6

	Nunca	Às vezes				Sempre
11 - Lhe perguntasse quais são as suas principais necessidades	1	2	3	4	5	6
12 - Lhe perguntasse quais são as suas principais preocupações	1	2	3	4	5	6
13 - A ajudasse a preparar o futuro do seu filho	1	2	3	4	5	6
14 - Lhe mostrasse como ajudar o seu filho a desenvolver-se	1	2	3	4	5	6
15 - Lhe perguntasse o que gostaria que o seu filho conseguisse aprender nas várias áreas	1	2	3	4	5	6
16 - Lhe mostrasse como deve brincar com o seu filho	1	2	3	4	5	6
17 - Lhe emprestasse brinquedos ou jogos para o seu filho	1	2	3	4	5	6
18 - Lhe desse um plano de trabalho para realizar ao longo do mês/semana	1	2	3	4	5	6
19 - Mostrasse interesse em ouvi-la acerca da sua família e não só acerca do seu filho	1	2	3	4	5	6
20 - A ajudasse a saber lutar, com a informação necessária, pelos direitos do seu filho	1	2	3	4	5	6
21 - Quisesse que você escolhesse o que fazer no PIIP	1	2	3	4	5	6
22 - Lhe perguntasse como quer participar no PIIP	1	2	3	4	5	6
23 - A ajudasse a escolher o contexto educativo futuro para o seu filho (Jardim infantil, ama, escola regular, escola especial, etc.)	1	2	3	4	5	6
24 - A ajudasse a obter ajuda de amigos e vizinhos	1	2	3	4	5	6
25 - Desse informação sobre formas de reduzir e combater o "stress"	1	2	3	4	5	6
26 - A ajudasse a conseguir ter tempo para si própria	1	2	3	4	5	6
27 - A ajudasse a obter cuidados médicos para o seu filho	1	2	3	4	5	6
28 - A encaminhasse para outros profissionais como assistentes sociais ou outros técnicos	1	2	3	4	5	6
29 - Lhe perguntasse se gostava que outros profissionais dessem opinião sobre o caso do seu filho	1	2	3	4	5	6
30 - A orientasse para outros Programas, como Centros especializados ou escolas	1	2	3	4	5	6
31 - Proporcionasse oportunidades para que você participe em grupos de pais	1	2	3	4	5	6

	Nunca	Às vezes			Sempre	
32 - A ajudasse a preencher impressos	1	2	3	4	5	6
33 - A ajudasse a obter apoios para o seu filho noutros serviços	1	2	3	4	5	6
34 - A ajudasse a obter subsídios a que tem direito	1	2	3	4	5	6
35 - A ajudasse a encontrar transporte para os apoios, se necessário	1	2	3	4	5	6
36 - A encorajasse a ser você a tomar as decisões sobre a educação e cuidados com o seu filho	1	2	3	4	5	6
37 - A ajudasse a encontrar quem tome conta do seu filho	1	2	3	4	5	6
38 - A ajudasse nos seus problemas pessoais	1	2	3	4	5	6
39 - A ajudasse a saber lidar com o sistema de ensino e de apoio a crianças como o seu filho	1	2	3	4	5	6
40 - Lhe mostrasse como aproveitar as rotinas do dia a dia para ajudar o desenvolvimento do seu filho	1	2	3	4	5	6

Escala de Intervenção focada na família – versão técnicos

(Escala de Intervenção Focada na Família – adaptação portuguesa da Family Focused Intervention Scale de Mahoney, Sullivan & Dennenbaum realizada por Pimentel, J. S. (2003)

Número de código (dos técnicos):

Data do Nascimento:

Data da Entrevista:

Diagnóstico:

Escala respondida pelo técnico:

Profissão:

Desde quando tempo trabalha em IPI?

E com esta família/criança?

Estamos interessados em saber até que ponto pensa que os serviços aqui listados fazem realmente parte do Programa de Intervenção Precoce na Infância que desenvolve com esta criança/família. Leia cada afirmação e responda colocando um círculo à volta de um dos números, de 1 (nunca) até 6 (sempre). Por favor não deixe nenhum dos itens em branco.

Todos os dados recolhidos são confidenciais.

Muito obrigada.

Com que frequência, no seu trabalho de IPI:	Nunca	Às vezes	Sempre			
1 - Discute com a família os objectivos globais do PIIP	1	2	3	4	5	6
2 - Pergunta à família o que espera concretamente do PIIP relativamente ao seu filho	1	2	3	4	5	6
3 - Lhe pergunta o que quer para a sua família	1	2	3	4	5	6
4 - Pergunta à família o que precisa para a criança	1	2	3	4	5	6
5 - Fala com a família sobre o desenvolvimento da criança	1	2	3	4	5	6
6 - Explica à família porque é que se usam testes	1	2	3	4	5	6
7 - Explica à família como vai fazer a avaliação da criança	1	2	3	4	5	6
8 - Pede que a família esteja presente quando a criança é avaliada	1	2	3	4	5	6
9 - Explica à família os resultados dos testes	1	2	3	4	5	6

	Nunca	Às vezes	Sempre			
10 - Explica à família o que significam os resultados das avaliações/relatórios que a criança tem	1	2	3	4	5	6
11 - Pergunta à família quais são as suas principais necessidades	1	2	3	4	5	6
12 - Pergunta à família quais são as suas principais preocupações	1	2	3	4	5	6
13 - Ajuda a família a preparar o futuro da criança	1	2	3	4	5	6
14 - Mostra à família como ajudar a criança a desenvolver-se	1	2	3	4	5	6
15 - Lhe pergunta o que gostaria que a criança conseguisse aprender nas várias áreas	1	2	3	4	5	6
16 - Mostra à família como deve brincar com a criança	1	2	3	4	5	6
17 - Lhe dá brinquedos ou jogos para a criança	1	2	3	4	5	6
18 - Lhe dá um plano de trabalho para realizar ao longo do mês/semana	1	2	3	4	5	6
19 - Mostra interesse em ouvir a família acerca dos seus problemas e não só acerca da criança	1	2	3	4	5	6
20 - Ajuda a família a saber lutar, com a informação necessária, pelos direitos da criança	1	2	3	4	5	6
21 - Quer que a família escolha o que fazer no PIIP	1	2	3	4	5	6
22 - Pergunta à família como quer participar no PIIP	1	2	3	4	5	6
2 - Ajuda a família a escolher o contexto educativo futuro para a criança (Jardim infantil, ama, escola regular, escola especial, etc.)	1	2	3	4	5	6
24 - Ajuda a família a obter ajuda de amigos e vizinhos	1	2	3	4	5	6
25 - Dá informação sobre formas de reduzir e combater o "stress"	1	2	3	4	5	6
26 - Ajuda a família conseguir ter tempo para si própria	1	2	3	4	5	6

	Nunca	Às vezes	Sempre			
27- Ajuda a família a obter cuidados médicos para a criança	1	2	3	4	5	6
28 - Encaminha a família para outros profissionais como assistentes sociais ou outros técnicos	1	2	3	4	5	6
29 - Pergunta à família se gostava que outros profissionais dessem opinião sobre o caso da criança	1	2	3	4	5	6
30 - Orienta a família para outros Programas, como Centros especializados ou escolas	1	2	3	4	5	6
31 - Proporciona oportunidades para que a família participe em grupos de pais	1	2	3	4	5	6
32 - Ajuda a família a preencher impressos	1	2	3	4	5	6
33 - Ajuda a família a obter apoios para a criança noutros serviços	1	2	3	4	5	6
34 - Ajuda a família a obter subsídios a que tem direito	1	2	3	4	5	6
35 - Ajuda a família a encontrar transporte para os apoios, se necessário	1	2	3	4	5	6
36 - Encoraja a família a tomar as decisões sobre a educação e cuidados com a criança	1	2	3	4	5	6
37 - A ajuda a encontrar quem tome conta da criança	1	2	3	4	5	6
38 - Ajuda a família nos problemas pessoais/familiares	1	2	3	4	5	6
39 - Ajuda a família a saber lidar com o sistema de ensino e de apoio a crianças com NEE	1	2	3	4	5	6
40 - Mostra à família como aproveitar as rotinas do dia a dia para ajudar o desenvolvimento da criança	1	2	3	4	5	6

Escala de Intervenção focada na família – importância técnicos

(Escala de Intervenção Focada na Família – adaptação portuguesa da Family Focused Intervention Scale de Mahoney, Sullivan & Dennenbaum realizada por Pimentel, J. S. (2003)

Número de código (dos técnicos):

Escala respondida pelo técnico:

Data da Entrevista:

Profissão:

Desde quando trabalha em I.P.I.?

Estamos interessados em saber até que ponto pensa que os serviços aqui listados são muito ou pouco importantes no âmbito de um Programa de Intervenção Precoce na Infância de qualidade. Leia cada afirmação e responda colocando um círculo à volta de um dos números, de 1 (nada importante) até 6 (extremamente importante). Por favor não deixe nenhum dos itens em branco.

Todos os dados obtidos são confidenciais.

Muito obrigada.

Considera importante, no seu trabalho de IPI:	Nunca	Às vezes	Sempre			
1 - Discutir com a família os objectivos globais do PIIP	1	2	3	4	5	6
2 - Perguntar à família o que espera concretamente do PIIP relativamente ao seu filho	1	2	3	4	5	6
3 – Perguntar à família o que quer para a sua família	1	2	3	4	5	6
4 – Perguntar à família o que precisa para a criança	1	2	3	4	5	6
5 - Falar-lhe sobre o desenvolvimento da criança	1	2	3	4	5	6
6 - Explicar-lhe porque é que se usam testes	1	2	3	4	5	6
7 - Explicar-lhe como vai fazer a avaliação da criança	1	2	3	4	5	6
8 - Pedir que a família esteja presente quando a criança é avaliada	1	2	3	4	5	6
9 - Explicar à família os resultados dos testes	1	2	3	4	5	6
10 – Explicar à família o que significam os resultados das avaliações/relatórios que a criança tem	1	2	3	4	5	6

	Nunca	Às vezes	Sempre
11 – Perguntar à família quais são as suas principais necessidades	1	2	3 4 5 6
12 – Perguntar à família quais são as suas principais preocupações	1	2	3 4 5 6
13 - Ajudar a família a preparar o futuro da criança	1	2	3 4 5 6
14 - Mostrar à família como ajudar a criança a desenvolver-se	1	2	3 4 5 6
15 - Perguntar à família o que gostaria que a criança conseguisse aprender nas várias áreas	1	2	3 4 5 6
16 – Mostrar à família como deve brincar com a criança	1	2	3 4 5 6
17 – Emprestar à família brinquedos ou jogos para a criança	1	2	3 4 5 6
18 - Dar à família um plano de trabalho para ela realizar ao longo do mês/semana	1	2	3 4 5 6
19 - Mostrar interesse em ouvir a família acerca dos seus problemas e não só acerca da criança	1	2	3 4 5 6
20 - Ajudar a família a saber lutar, com a informação necessária, pelos direitos da criança	1	2	3 4 5 6
21 - Querer que seja a família a escolher o que fazer no PIIP	1	2	3 4 5 6
22 - Perguntar à família como quer participar no PIIP	1	2	3 4 5 6
23 - Ajudar a família a escolher o contexto educativo futuro para a criança (Jardim infantil, ama, escola regular, escola especial, etc.)	1	2	3 4 5 6
24 - Ajudar a família a obter ajuda de amigos e vizinhos	1	2	3 4 5 6
25 – Dar à família informação sobre formas de reduzir e combater o “stress”	1	2	3 4 5 6
26 - Ajudar a família conseguir ter tempo para si própria	1	2	3 4 5 6
27 - Ajudar a família a obter cuidados médicos para a criança	1	2	3 4 5 6

	Nunca	Às vezes	Sempre			
28 – Encaminhar a família para outros profissionais como assistentes sociais ou outros técnicos	1	2	3	4	5	6
29 - Perguntar à família se gostava que outros profissionais dessem opinião sobre o caso da criança	1	2	3	4	5	6
30 - Orientar a família para outros Programas, como Centros especializados ou escolas	1	2	3	4	5	6
31 - Proporcionar oportunidades para que a família participe em grupos de pais	1	2	3	4	5	6
32 - Ajudar a família a preencher impressos	1	2	3	4	5	6
33 – Ajudar a família a obter apoios para a criança noutros serviços	1	2	3	4	5	6
34 – Ajudar a família a obter subsídios a que tem direito	1	2	3	4	5	6
35 – Ajudar a família a encontrar transporte para os apoios, se necessário	1	2	3	4	5	6
36 - Encorajar a família a tomar as decisões sobre a educação e cuidados com a criança	1	2	3	4	5	6
37 – Ajudar a família a encontrar quem tome conta da criança	1	2	3	4	5	6
38 – Ajudar a família nos problemas pessoais/familiares	1	2	3	4	5	6
39 – Ajudar a família a saber lidar com o sistema de ensino e de apoio a crianças com NEE	1	2	3	4	5	6
40 - Mostrar-lhe como aproveitar as rotinas do dia a dia para ajudar o desenvolvimento da criança	1	2	3	4	5	6

ANEXO II

Criança _____
Investinador _____

Objectivo 1

Em que medida o objectivo:	De forma nenhuma	Um pouco	Muito	Deveras
1. Enfatiza a participação da criança numa rotina (i.e., actividade)? (A [criança] participará no recreio, não A [criança] participará em corridas)	1	2	3	4
2. Afirma especificamente (i. e., de uma forma observável e medível) o que a criança irá realizar?	1	2	3	4
3. É dirigido a uma competência <i>necessária</i> ou <i>útil</i> para a participação em rotinas de casa, da "escola" ou da comunidade?	1	2	3	4
4. Especifica um critério de aquisição (i.e., um indicador de quando a criança consegue realizar a competência)?	1	2	3	4
5. Tem um critério de aquisição significativo (i.e., um que mostre melhoria a nível do comportamento <i>funcional</i> ? (Saberemos que ele consegue fazê-lo quando ele segurar uma colher por 2 minutos não ...quando ele segurar uma colher 5 vezes em 7 tentativas)	1	2	3	4
6. Tem um critério de generalização (i.e., usar a competência em diferentes rotinas e locais, e com diferentes pessoas e materiais, etc.)? (...quando ele segura a colher durante 2 minutos ao almoço e ao jantar)	1	2	3	4
7. Tem um critério para o período de tempo esperado? (...quando ele segura a colher durante 2 minutos ao almoço e ao jantar em três dias consecutivos ou ...ao almoço e ao jantar em 3 dias numa semana)	1	2	3	4

1

Objectivo 2

Em que medida o objectivo:	De forma nenhuma	Um pouco	Muito	Deveras
1. Enfatiza a participação da criança numa rotina (i.e., actividade)? (A [criança] participará no recreio, não A [criança] participará em corridas)	1	2	3	4
2. Afirma especificamente (i. e., de uma forma observável e medível) o que a criança irá realizar?	1	2	3	4
3. É dirigido a uma competência <i>necessária</i> ou <i>útil</i> para a participação em rotinas de casa, da "escola" ou da comunidade?	1	2	3	4
4. Especifica um critério de aquisição (i.e., um indicador de quando a criança consegue realizar a competência)?	1	2	3	4
5. Tem um critério de aquisição significativo (i.e., um que mostre melhoria a nível do comportamento <i>funcional</i> ? (Saberemos que ele consegue fazê-lo quando ele segurar uma colher por 2 minutos não ...quando ele segurar uma colher 5 vezes em 7 tentativas)	1	2	3	4
6. Tem um critério de generalização (i.e., usar a competência em diferentes rotinas e locais, e com diferentes pessoas e materiais, etc.)? (...quando ele segura a colher durante 2 minutos ao almoço e ao jantar)	1	2	3	4
7. Tem um critério para o período de tempo esperado? (...quando ele segura a colher durante 2 minutos ao almoço e ao jantar em três dias consecutivos ou ...ao almoço e ao jantar em 3 dias numa semana)	1	2	3	4

Objectivo 3

Em que medida o objectivo:	De forma nenhuma	Um pouco	Muito	Deveras
1. Enfatiza a participação da criança numa rotina (i.e., actividade)? (A [criança] participará no recreio, não A [criança] participará em corridas)	1	2	3	4
2. Afirma especificamente (i. e., de uma forma observável e medível) o que a criança irá realizar?	1	2	3	4
3. É dirigido a uma competência <i>necessária</i> ou <i>útil</i> para a participação em rotinas de casa, da "escola" ou da comunidade?	1	2	3	4
4. Especifica um critério de aquisição (i.e., um indicador de quando a criança consegue realizar a competência)?	1	2	3	4
5. Tem um critério de aquisição significativo (i.e., um que mostre melhoria a nível do comportamento <i>funcional</i> ? (Saberemos que ele consegue fazê-lo quando ele segurar uma colher por 2 minutos não ...quando ele segurar uma colher 5 vezes em 7 tentativas)	1	2	3	4
6. Tem um critério de generalização (i.e., usar a competência em diferentes rotinas e locais, e com diferentes pessoas e materiais, etc.)? (...quando ele segura a colher durante 2 minutos ao almoço e ao jantar)	1	2	3	4
7. Tem um critério para o período de tempo esperado? (...quando ele segura a colher durante 2 minutos ao almoço e ao jantar em três dias consecutivos ou ...ao almoço e ao jantar em 3 dias numa semana)	1	2	3	4

2

Objectivo 4

Em que medida o objectivo:	De forma nenhuma	Um pouco	Muito	Deveras
1. Enfatiza a participação da criança numa rotina (i.e., actividade)? (A [criança] participará no recreio, não A [criança] participará em corridas)	1	2	3	4
2. Afirma especificamente (i. e., de uma forma observável e medível) o que a criança irá realizar?	1	2	3	4
3. É dirigido a uma competência <i>necessária</i> ou <i>útil</i> para a participação em rotinas de casa, da "escola" ou da comunidade?	1	2	3	4
4. Especifica um critério de aquisição (i.e., um indicador de quando a criança consegue realizar a competência)?	1	2	3	4
5. Tem um critério de aquisição significativo (i.e., um que mostre melhoria a nível do comportamento <i>funcional</i> ? (Saberemos que ele consegue fazê-lo quando ele segurar uma colher por 2 minutos não ...quando ele segurar uma colher 5 vezes em 7 tentativas)	1	2	3	4
6. Tem um critério de generalização (i.e., usar a competência em diferentes rotinas e locais, e com diferentes pessoas e materiais, etc.)? (...quando ele segura a colher durante 2 minutos ao almoço e ao jantar)	1	2	3	4
7. Tem um critério para o período de tempo esperado? (...quando ele segura a colher durante 2 minutos ao almoço e ao jantar em três dias consecutivos ou ...ao almoço e ao jantar em 3 dias numa semana)	1	2	3	4

ANEXO III

MANUAL DA ESCALA DE COTAÇÃO DOS OBJECTIVOS DO PLANO INDIVIDUALIZADO APOIO À FAMÍLIA - IFSPRS

Leia com atenção a descrição e os exemplos apresentados antes de cotar os objectivos do PIAF. São apresentadas descrições detalhadas para a cotação de "1", "3" e "5" de cada item.

1

Os exemplos originais do manual encontram-se assinalados com "➤", são ainda apresentados exemplos de objectivos de PIAFs já recolhidos, estes encontram-se assinalados com "•".

Se após a leitura da descrição e dos exemplos tem dificuldade em se decidir entre a cotação "1" e "3" pode cotar o item como "2", de igual forma, se tem dificuldade em se decidir entre a cotação "3" e "5", cote o item como "4". Não discuta as suas cotações com ninguém.

OBJECTIVOS

Conte o número total de objectivos do PIAF e numere-os.

ESCRITA

Para a linguagem ser considerada centrada na família esta deve ser facilmente compreendida pela mesma (McWilliam, 1998).

Veja cada um dos **objectivos e estratégias correspondentes** para determinar a que nível estão centrados na família.

2

1. Cote o objectivo como "1" se o objectivo contém linguagem técnica, confusa ou complicada.

Exemplos:

- A criança usará preensão com oponente do polegar para comer.
- Será realizada uma avaliação para avaliar a sensibilidade táctil.
- Desenvolvimento sensório-motor: percepção; aspectos psicomotores.
- Estimular a motricidade fina: preensão, coordenação visual/motora.
- Desenvolvimento cognitivo e afectivo: atenção, memória.

3. Se o objectivo não contém linguagem técnica, mas não é claro, cote como "3". Sempre que o objectivo seja [criança] vai receber serviços de _____, cote como "3" pois, embora seja claro, não providencia qualquer informação sobre o objectivo para a criança ou a família.

Exemplos:

- A equipa determinará se a/o [criança] possui atrasos motores.
- Será providenciada Coordenação de Serviços.
- O/a [criança] irá aprender a cuidar de si.
- Desenvolver a linguagem.
- Melhorar a sua qualidade de vida.
- Desenvolver a sua autonomia.

5. Se o objectivo está escrito de forma clara e articulada, cote o item como "5".

Exemplos:

- A/o [criança] irá alimentar-se autonomamente.
- A/o [criança] moverá o seu corpo de um sitio para outro autonomamente.
- (procedimento) O fisioterapeuta realizará uma avaliação e dará estratégias à família para usar em casa para ajudar a/o [criança] a aprender a sentar-se.
- A/o [criança] vai aprender a utilizar correctamente a colher, copo e garfo na sua alimentação
- A/o [criança] vai subir e descer escadas sem ajuda.
- A/o [criança] vai lavar e enxugar as mãos na sua higiene.

NECESSIDADE

Objectivos que não sejam funcionais serão difíceis de se remeter à vida diária das famílias (Grisham-Brown & Hemmeter, 1998). A intervenção deve ser flexível, acessível e deve responder às necessidades únicas das diferentes famílias (Pearl, 1993).

Veja cada um dos objectivos para determinar se é provável que seja necessário para o desenvolvimento da criança ou para a sua funcionalidade nas rotinas. **Considere apenas objectivos** relacionados com o desenvolvimento da criança **e não estratégias**.

3

1. Cote o objectivo como "1" se este não parece ser necessário para o desenvolvimento da criança ou para a sua funcionalidade nas rotinas.

Exemplos:

- A/o [criança] irá aprender a manobrar um brinquedo com switch.
- A família levará a criança ao centro de fisioterapia para melhorar as suas capacidades motoras.
- A/o [criança] vai saltar aos pés juntos.
- Frequentar as aulas de educação física.
- Fazer enfiamentos com bolas e massas.
- Usar correctamente a tesoura, cortar em cima da linha.

3. Se não for claro se o objectivo é necessário cote como "3". Algumas vezes os objectivos relacionados com a família serão cotados como "3" por ser duvidoso se a família o solicitou e o considera necessário.

Exemplos:

- A/o [criança] irá conseguir alimentar-se com as mãos levando uma bolacha à boca.
- A/o [criança] irá ser capaz de cumprir pequenas ordens.
- A/o [criança] irá ajudar nas tarefas, limpar, por o lixo, arrumar, etc.
- A/o [criança] irá utilizar correctamente a colher, garfo e copo na sua alimentação.
- A/o [criança] irá desabotoar botões grandes e abrir fechos de correr.

5. Se o objectivo é um objectivo funcional, provável de ser necessário ao desenvolvimento ou funcionalidade nas rotinas da família, cote-o como "5". Cote-o também como "5" se for claro que a família o solicitou por o considerar necessário.

Exemplos:

- A/o [criança] deslocar-se-á um metro apoiada nas mão e joelhos.
- A/o [criança] usará os talheres para comer autonomamente uma refeição completa.
- A/o [criança] será capaz de atravessar as soleiras das portas de sua casa a andar.
- A/o [criança] irá conseguir subir e descer as escadas para casa sem ajuda.
- A/o [criança] irá conseguir vestir e despir roupa simples sozinho.

ESPECIFICIDADE

Para a linguagem ser considerada centrada na família esta deve ser facilmente compreendida pela mesma (McWilliam, 1998).

Veja cada um dos objectivos para determinar se foi utilizada linguagem específica.

Considere apenas objectivos e não estratégias.

4

1. Se não está definido um comportamento ou outro resultado que irá acontecer, cote o item como "1". Se o objectivo é um serviço que será prestado, cote o item como "1".

Exemplos:

- A família ___ irá usufruir de coordenação de serviços.
- A mãe quer que o fisioterapeuta ajude nas competências motoras.
- A criança será avaliada pelo fisioterapeuta.
- A família procurará uma creche adequada.
- A criança participará em actividades de desenvolvimento tais como desenhar e empilhar.
- Frequentar as aulas de educação física.
- Explorar o seu corpo e respectivos movimentos.
- Lidar com os comportamentos inadequados de uma forma calma e divertida.

3. Cote o objectivo como "3" se a linguagem não é específica e não inclui critérios para avaliar como ou quando o objectivo foi alcançado.

Exemplos:

- A/o [criança] vai aprender a tratar de si próprio.
- A/o [criança] funcionará melhor com a perna e o braço direitos.
- A comunicação da/o [criança] vai aumentar.
- A/o [criança] vai desenvolver a sua autonomia.
- A/o [criança] vai fazer escolhas e levá-las até ao fim.
- A/o [criança] vai despir e vestir roupa simples.

5. Se o objectivo é definido e são dados critérios para o seu término, cote o item como "5".

Exemplos:

- A/o [criança] vai vestir-se e despir-se sozinha de forma independente.
- A/o [criança] vai usar os talheres para comer uma refeição de forma independente.
- A/o [criança] vai subir e descer escadas sem ajuda.

CONTEXTO

Objectivos e estratégias embutidas nas rotinas diárias familiares são mais centrados na família do que os que necessitem de tempos, locais, objectos ou pessoas especificados (McWilliam et al., 1998). A intervenção deve ser flexível, acessível e deve responder às necessidades únicas das diferentes famílias (Pearl, 1993).

Veja cada um dos **objectivos e estratégias correspondentes** para determinar se podem ser facilmente incorporados nas rotinas diárias da família.

5

1. Se as estratégias requerem pessoas, objectos ou locais especiais cote o item como "1". Sempre que as estratégias implicarem apenas serviços directos de um profissional, cote o item como "1". Além disso, se os procedimentos estiverem formulados como objectivos e não como procedimentos, cote o objectivo como "1". Cote o objectivo como "1" se os procedimentos apenas referirem como avaliar a evolução, em vez de como a criança será ensinada.

Exemplos:

- A/o [criança] irá visionar um vídeo sobre crianças com as mesmas condições e ser-lhe-á pedido para demonstrar algumas actividades com a ajuda do terapeuta e da mãe.
- O terapeuta ocupacional irá trabalhar com a/o [criança] sobre como brincar adequadamente com brinquedos.
- (procedimento) A/o [criança] irá aprender como manobrar brinquedos com switch.
- A/o [criança] irá fazer a cobra e bola com plasticina.
- A/o [criança] irá fazer bolinhas de papel crepom e colá-las dentro de um espaço.
- A/o [criança] irá exprimir-se não verbalmente.

3. Cote o objectivo como "3" se os procedimentos não requerem uma pessoa, local ou equipamento especiais, mas a rotina não é especificada.

Exemplos:

- O fisioterapeuta e a mãe vão encorajar a marcha.
- O terapeuta que vai a casa e a mãe vão ensinar a/o [criança] a despir e vestir a roupa.
- (Objectivo) Desenvolvimento da linguagem e comunicação. (procedimentos) Utilizar as histórias, lenga-lengas, canções, descrição de imagens reais, dramatizações e conversas sobre actividades diárias.
- (Objectivo) Estimular a linguagem. (Procedimento) Verbalizar todas as acções e objectos, quando se está com a/o [criança].

5. Se as estratégias suportarem claramente a intervenção através das rotinas e a família for o "aluno", cote o item como "5".

Exemplos:

- O fisioterapeuta vai dar estratégias à mãe para encorajar a/o [criança] a sentar-se ao longo do dia.
- A/o [criança] irá participar no tempo de grupo (tapete) com gestos e vocalizações.
- A/o [criança] irá utilizar talheres para comer uma refeição completa autonomamente.
- Durante as refeições, serão dados à/ao [criança] alimentos em puré espesso que possam ser facilmente tomados com uma colher. A TO irá providenciar uma colher adaptada.

PAPEL DA FAMÍLIA

Objectivos centrados na família devem enunciar como a família está incluída (McWilliam e tal., 1998). A intervenção centrada na família reconhece a família como *uma constante na vida da criança* e cenários de intervenção como temporários (Pearl, 1993).

Veja cada um dos **objectivos e estratégias correspondentes** para determinar se a intervenção será implementada pelas famílias e prestadores de cuidados naturais.

6

1. Se as estratégias de intervenção forem realizadas exclusivamente por profissionais, cote o item como "1". **Se aos objectivos não corresponderem estratégias de intervenção ou não for mencionado como a criança será ensinada, cote também como "1".**

Exemplos:

- A terapeuta ocupacional irá trabalhar com a/o [criança] sobre brincar adequadamente com os brinquedos.
- Frequentar as aulas de educação física.

3. Cote o objectivo como "3" se as estratégias implicam a participação de prestadores de cuidados naturais.

Exemplos:

- O fisioterapeuta irá trabalhar com a/o [criança] e a mãe durante as visitas domiciliárias de forma a encorajar o andar durante a brincadeira.
- Durante as visitas domiciliárias, o terapeuta irá trabalhar com a mãe e com a/o [criança] para a ensinar a despir e a vestir roupa.

5. Se as estratégias claramente sustentam a intervenção implementada por prestadores de cuidados naturais, cote o item como "5".

Exemplos:

- (Objectivo) A/o [criança] irá sentar-se e rastejar. (Procedimento) O fisioterapeuta irá dar à mãe estratégias para encorajar a/o [criança] a se sentar e a rastejar ao longo do dia.

CORRESPONDENCIA: OBJECTIVOS- ESTRATÉGIAS

É necessário desenhar a intervenção de acordo com as prioridades da família de forma a apoiar os prestadores de cuidados naturais (Bernheimer & Keogh, 1995; Hanft & Pilkington, 2000; Scott, McWilliam & Mayhew, 1999). Os técnicos devem ser flexíveis, acessíveis e dar resposta às necessidades únicas das diferentes famílias (Pearl, 1993).

Veja cada um dos **objectivos e estratégias correspondentes** para determinar se estão directamente relacionados.

7

1. Se **não estiverem definidas** estratégias **ou se estas** não parecem relacionadas com o objectivo, cote o item como "1". Cote também como "1" se as estratégias estiverem formuladas como objectivos e não como estratégias. Se as estratégias tiverem juízos de valor sobre as famílias, cote como "1".

Exemplos:

- (Objectivo) A/o [criança] irá usar o bacio com o máximo de um descuido por dia. (Procedimento) A terapeuta ocupacional irá estimular a palma das mãos com "brushing", diariamente, para promover a integração sensorial.
- (Procedimento) A/o [criança] irá aprender a manobrar brinquedos com switch.
- A mãe será encorajada a envolver-se mais.

3. Cote o objectivo como "3" se as estratégias sustentarem os objectivos.

Exemplos:

- (Objectivo) A/o [criança] irá sentar-se e rastejar. (Procedimento) A/o [criança] será avaliada por um fisioterapeuta.
- (Objectivo) A/o [criança] irá usar palavras para expressar quando quer alguma coisa. (Procedimento) A terapeuta da fala realizará visitas domiciliárias mensalmente.

5. Se as estratégias sustentarem claramente os objectivos através da intervenção, cote o item como "5".

Exemplos:

- (Objectivo) A/o [criança] irá sentar-se e rastejar. (Procedimento) O fisioterapeuta irá dar à mãe estratégias para encorajar a/o [criança] a sentar-se e a rastejar ao longo do dia.
- (Objectivo) A/o [criança] vai usar os talheres para comer uma refeição de forma independente. (Procedimento) A terapeuta da fala vai observar a/o [criança] durante a refeição e dar estratégias à mãe para ajudar a criança a utilizar os talheres. Alimentos fáceis de pegar com os talheres, como batatas esmagadas, serão servidos frequentemente.

QUADRO RESUMO

Indicador	Cotação				
	1	2	3	4	5
1. ESCRITA	Contém linguagem técnica, confusa ou complicada		Não contém linguagem técnica, mas não é claro		Escrito de forma clara e articulada e não contém linguagem técnica
2. NECESSIDADE	Não parece ser necessário para o desenvolvimento da criança ou para a sua funcionalidade nas rotinas		Não é claro se o objectivo é necessário para o desenvolvimento da criança		Funcional, provável de ser necessário ao desenvolvimento ou funcionalidade nas rotinas da família
3. ESPECIFICIDADE	Não está definido um comportamento ou outro resultado que irá acontecer		A linguagem não é específica e não inclui critérios para avaliar como ou quando o objectivo foi alcançado		Bem definido e com critérios para o seu término
4. CONTEXTO	As estratégias requerem pessoas, objectos ou locais especiais		As estratégias não requerem uma pessoa, local ou equipamento especiais, mas a rotina não é especificada		As estratégias suportam claramente a intervenção através das rotinas
5. PAPEL DA FAMÍLIA	As estratégias de intervenção são realizadas exclusivamente por profissionais		As estratégias implicam a participação de prestadores de cuidados naturais		As estratégias claramente sustentam a intervenção implementada por prestadores de cuidados naturais
6. CORRESPONDENCIA: OBJECTIVOS- ESTRATÉGIAS	As estratégias não parecem relacionadas com o objectivo		As estratégias sustentam os objectivos		As estratégias sustentam claramente os objectivos através da intervenção

ANEXO IV

PROTOCOLO DE ANÁLISE DOCUMENTAL

0. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome: _____ SIP: _____

Data de Nascimento: ___ / ___ / _____ Idade: _____ (em 30/06/2007)

Situação de Risco: _____

Data de Sinalização: ___ / ___ / _____ Quem: _____

Início da Intervenção: ___ / ___ / _____ Tempo de Intervenção: _____

Téc. Intervenientes: _____ Responsável Caso: _____

1. DOCUMENTAÇÃO NO PROCESSO	Datas	Descrição / Comentário
Ficha de Sinalização		
Ficha de Informação Familiar		
Ficha de Anamnese		
Registos de Observação em Contexto		
Registos de Avaliação do Desenvolvimento		
Registos de Exames Médicos		
Relatórios de outros serviços		
Plano Individualizado de Apoio à Família		
Programa de Intervenção (ou PEI)		
Registos de Reuniões de Discussão de Caso		
Registos de Reuniões com Família		
Registos de Reuniões com outros Serviços		
Registos de Sessões de Intervenção		
Registos de Sessões de Supervisão		
Outra (Qual?)		

Organização Geral do Processo:

2. PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO	Freq.	Descrição / Comentário
Intervenientes na Avaliação		
Família		
Educador		
Psicólogo		
Assistente Social		
Terapeuta da Fala		
Terapeuta Ocupacional		
Fisioterapeuta		
Pediatra		
Outro (Qual?)		
Local da Avaliação		
Domicilio		
Sede da Equipa de Intervenção Precoce		
Creche / Jardim-de-infância		
Hospital / Centro de Saúde		
Outro (Qual?)		
Instrumentos para Avaliação da Criança		
Escala de Desenvolvimento (Qual?)		
Checklist (Qual?)		
Roteiro para Entrevista aos Pais		
Grelha para Observação em Contexto		
Outro (Qual?)		
Instrumentos para Caracterização da Família		
Inventário de Necessidades		
Eco mapa		
Genograma		
Grelha para Observação em Contexto		
Outro (Qual?)		
Informações Recolhidas na Família		
Características do Agregado		
Preocupações da Família		
Prioridades da Família		
Dados sobre Desenvolvimento da Criança		
Outras (Quais?)		
Informações Recolhidas de outros Serviços		
Serviços Educativos		
Serviços de Saúde		
Serviços Sociais		
Outros (Quais?)		
Tipo de Registos		
Relatórios Formais		
Registos Informais		
Síntese Avaliativa		
Outro (Qual?)		
Periodicidade da Reavaliação pela Equipa		Revisão do PIAF/PEI
Trimestral		
Semestral		
Anual		
Outra (Qual?)		

Intervenientes na Reavaliação		
Família		
Educador		
Psicólogo		
Assistente Social		
Terapeuta da Fala		
Terapeuta Ocupacional		
Fisioterapeuta		
Pediatra		
Outro (Qual?)		
Avaliação Periódica da Intervenção		
Objectivos do Programa		
Estratégias de Intervenção		
Competências da Criança		
Dificuldades da Criança		
Competências da Família		
Dificuldades da Família		
Outras (Quais?)		
Passagem de Informação		Articulação outros Serviços / Recursos
Família		
Profissionais da Equipa		
Serviços Educativos		
Serviços de Saúde		
Serviços Sociais		
Outros (Quais?)		
Observações:		
3. PROCEDIMENTOS DE INTERVENÇÃO		
	Freq.	Descrição / Comentário
Intervenientes na Planificação		
Família		
Educador		
Psicólogo		
Assistente Social		
Terapeuta da Fala		
Terapeuta Ocupacional		
Fisioterapeuta		
Pediatra		
Outro (Qual?)		
Objectivos Educativos		
Autonomia		
Comunicação e Linguagem		
Socialização		
Motricidade		
Cognição		
Competências Parentais		
Outros (Quais?)		

Objectivos para outras áreas de Intervenção		
Apoios Terapêuticos		
Serviços de Saúde		
Serviços Sociais		
Autarquia		
Outras (Quais?)		
Intervenientes no Programa		
Família		
Educador		
Psicólogo		
Assistente Social		
Terapeuta da Fala		
Terapeuta Ocupacional		
Fisioterapeuta		
Pediatra		
Outro (Qual?)		
Periodicidade da Intervenção		
Bi-semanal		
Tri-semanal		
Semanal		
Outra (Qual?)		
Local		
Domicilio		
Sede do Serviço de Intervenção Precoce		
Creche / Jardim-de-infância		
Outro (Qual?)		
Observações:		
Comentário Global:		

Data ___/___/___