



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

PRÁTICAS TÍPICAS E PRÁTICAS IDEAIS DE
CONSULTORIA COLABORATIVA EM INTERVENÇÃO
PRECOCE NA INFÂNCIA: PERCEÇÕES DOS
PROFISSIONAIS

ANGELA CRISTINA DUARTE VELEZ

Orientadora da Dissertação:

PROF. DOUTORA TÂNIA BOAVIDA

Coordenadora de Seminário de Dissertação

PROF. DOUTORA MARGARIDA ALVES MARTINS

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade de Psicologia Educacional

2016

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Dra. Tânia Boavida, 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

À Tânia Boavida por nunca me ter deixado desistir e pelo incansável apoio e disponibilidade.

À Professora Júlia Serpa Pimentel que sempre acreditou em mim e de quem guardo na memória até hoje uma frase: “mesmo que caias do cavalo, nunca podes desistir”.

À Professora Margarida Alves Martins pela confiança que me depositou.

Ao Rafael, por tudo.

À minha mãe e à minha avó, por estarem sempre lá.

Resumo

A investigação que tem sido feita na área de Intervenção Precoce na Infância (IPI) tem encontrado um afastamento entre as práticas típicas dos profissionais e aquelas que estes consideram ser as ideais. Este afastamento tem sido descrito em relação à abordagem centrada na família, entre outras práticas recomendadas. O objetivo do presente estudo foi contribuir para a compreensão das perceções dos profissionais das equipas de intervenção precoce a nível nacional relativamente às suas práticas típicas e às práticas que consideram ser ideais, tendo como pretensão uma intervenção sustentada pela consultoria colaborativa.

Desta forma, propusemo-nos analisar as perceções dos profissionais relativamente às suas práticas e às práticas que consideram ser as ideais em função de algumas variáveis sociodemográficas. Pretendeu-se perceber se o trabalho a tempo inteiro em intervenção precoce na infância, o tempo de experiência em IPI, o grupo profissional a que pertencem e a periodicidade das reuniões de equipa e de supervisão podem estar relacionados com as perceções das suas práticas estarem próximas ou não das recomendações. Os resultados encontrados continuam a revelar um hiato entre as práticas recomendadas, baseadas numa abordagem centrada na família e as práticas típicas dos profissionais. Embora não tenham sido encontradas diferenças em função das variáveis sociodemográficas intrínsecas aos profissionais (como experiência ou grupo profissional) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função da periodicidade das reuniões de equipa e de momentos de supervisão.

Palavras-chave: *intervenção precoce na infância, perceções dos profissionais, consultoria colaborativa*

Abstract

The research that has been made in Early Childhood Intervention (ECI) has found a gap between the typical practices of the professionals and those that they consider to be ideal. This disparity has been described in relation to family-centered practices, among other recommended practices. The aim of this study was to contribute to the understanding of the perceptions of professionals in early intervention teams at national level with regard to their typical practices and the practices that they consider to be ideal, having as an assert an intervention supported by collaborative consultation.

In this way, we analyze the perceptions of professionals in relation to their practices and the practices that they consider to be ideal according to some socio-demographic variables. It was intended to see if working the full-time in ECI, the experience in ECI, the professional group to which they belong and the frequency of team meetings and supervision can be related to the perceptions of their practices are close or not of the recommendations. The results continue to reveal a gap between recommended practices, based on a family-centered approach and typical practices of the professionals. Although statistically significant differences were not found regarding sociodemographic variables intrinsic to the professionals (such as experience or professional group), statistically significant differences were found regarding the frequency of team meetings and supervision.

Key words: early childhood intervention, perceptions, collaborative consultation

Índice

Introdução	1
O Contexto Português	1
Conceito e Evolução	2
Consultoria Colaborativa	7
Método	10
Participantes.....	10
Instrumentos.....	11
Procedimento.....	13
Análise de Dados	13
Resultados	14
Discussão	19
Referências.....	22
ANEXOS	25

Índice de Quadros

Quadro 1. <i>Categorias profissionais da amostra e percentagem de profissionais que vão ou não ao contexto por categoria</i>	9
Quadro 2. <i>Estatísticas descritivas para os itens e subescalas da Escala de Avaliação das práticas típicas e das práticas ideais.</i>	13

Introdução

O conceito de Intervenção Precoce tem vindo a evoluir ao longo do tempo, tendo para o facto contribuído as várias perspetivas teóricas de diferentes autores que construíram um novo conceito de Intervenção Precoce, no qual estão diretamente envolvidas as ciências sociais, da saúde e da educação e a psicologia. Na sequência deste novo paradigma, surgem novas práticas onde se revelam os avanços na mudança de uma intervenção essencialmente focalizada na criança, para uma abordagem mais ampla onde o enfoque passa a ser a família e a comunidade na qual a criança está inserida (Almeida, 2000).

O Contexto Português

Em Portugal apenas em 1999 surge legislação que vem estabelecer as principais linhas orientadoras de Intervenção Precoce (Despacho-Conjunto n.º 891/99, de 19 de outubro) de acordo com o qual a IP é “uma medida de apoio integrada e centrada na criança e na família, mediante ação de natureza preventiva e habilitativa, designadamente, no âmbito da Educação, Saúde e Ação Social” destinando-se a crianças entre os zero e os seis anos de idade que apresentem deficiência ou risco de um atraso grave de desenvolvimento. De acordo com Serrano (2007), as diretrizes contidas no Despacho-Conjunto n.º 891/99 são consentâneas com os princípios e as práticas recomendadas por organizações internacionais, de investigadores e profissionais da área da Intervenção Precoce na Infância.

Nas décadas anteriores, mais concretamente nos anos 70, surgem os primeiros programas de IPI destinados a crianças com paralisia cerebral. Durante a década de 80 começam a ser desenvolvidos programas de Intervenção Precoce na Infância, já com uma certa estrutura organizativa e fundamentação teórica relativamente consistente, no entanto são ainda programas muito heterogéneos e confinados a algumas regiões do país e que se revelam desarticulados com outros serviços que também servem as necessidades das crianças e das suas famílias (Serrano, 2007).

Em 2009 é publicado o Dec. Lei n.º 281/2009 que veio revogar o Despacho Conjunto n.º 891/99, de 19 de outubro. Este decreto vem criar o Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI) desenvolvido através da coordenação entre os Ministérios da Solidariedade e Segurança Social, da Saúde, da Educação e da Ciência, destina-se a crianças entre os zero e os seis anos de idade, que apresentam “alterações nas funções ou estruturas

do corpo que limitem a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco de atraso grave no desenvolvimento, bem como as suas famílias (p.7298, Artigo 2º) independentemente do contexto educativo que frequentem.

A intervenção do SNIPI é desenvolvida pelas equipas locais de intervenção (ELI), que se constituem por sua vez por equipas pluridisciplinares com base em parcerias institucionais envolvendo vários profissionais. São funções das ELI: identificação das crianças e famílias elegíveis e assegurar a vigilância às crianças e famílias que não são imediatamente elegíveis; encaminhamento das crianças e famílias não elegíveis mas carenciadas para apoio social; elaboração e execução do Plano Individualizado de Intervenção Precoce (PIIP) em função do diagnóstico da situação; identificação das necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção; articulação com as entidades com atividade na área da proteção infantil; assegurar processos de transição adequados; e Articulação com os docentes das creches e jardins-de-infância nas quais as crianças apoiadas se encontram integradas (Artigo 7º).

Esta legislação vai na linha das práticas internacionais recomendadas que passo a abordar.

Conceito e Evolução

De acordo com Dunst e Bruder (2002) e Dunst (2007), a Intervenção Precoce implica todo o conjunto de serviços, apoios e recursos necessários para dar resposta quer às necessidades específicas da criança, quer às necessidades das suas famílias no que se refere à promoção do desenvolvimento da criança, incluindo todo o tipo de atividades, oportunidades e procedimentos destinados a promover o desenvolvimento e aprendizagem da criança, assim como o conjunto de oportunidades para que também as famílias possam promover essa mesma aprendizagem e desenvolvimento. Também Guralnick (2005), defende que as práticas de Intervenção Precoce são sustentadas na ideia de que as experiências precoces são cruciais em termos de desenvolvimento e que uma intervenção atempada e de qualidade permite atenuar problemas de desenvolvimento, quer tenham origem genética, biológica ou ambiental. Esta ideia é ainda suportada por outros autores que evidenciam, igualmente, a importância das experiências precoces no desenvolvimento cerebral e, conseqüentemente, no comportamento humano, bem como o papel determinante das relações precoces, importância das capacidades, emoções e competências sociais que são desenvolvidas nos primeiros anos de vida de uma criança e o facto de uma

intervenção planejada poder aumentar a probabilidade de se atingirem resultados positivos a nível do desenvolvimento (Shonkoff & Phillips, 2000).

Inicialmente, a Intervenção Precoce, focava-se essencialmente na criança com deficiência, considerada de forma isolada em relação aos seus contextos de vida, sendo a atividade do profissional de Intervenção Precoce direcionada para a avaliação das crianças e para o delineamento de atividades de estimulação do desenvolvimento. Apesar do desenvolvimento da criança continuar a assumir o foco principal da Intervenção Precoce na Infância, as investigações e teorias recentes ao nível do desenvolvimento da criança, tornaram clara a necessidade de uma abordagem mais ampla, que tenha em consideração os fatores que influenciam o desenvolvimento da criança e, conseqüentemente, a visão que temos sobre o que deve realmente ser a intervenção. Assiste-se assim ao aparecimento de uma perspectiva ecológica que teve uma influência determinante na conceptualização da Intervenção Precoce (Bailey e Wolery, 1992), suportada no Modelo Ecológico de Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner & Morris, 1998), no qual a família é vista como um sistema em que a criança se insere e cujas ações se repercutem em todos os membros da família e no Modelo Transacional (Sameroff & Fiese, 1990, 2000), ao dar ênfase aos contextos como determinantes do desenvolvimento.

No Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner as experiências do indivíduo são consideradas como subsistemas, inseridos em outros sistemas mais abrangentes, que permitem localizar no espaço e no tempo os contextos de vida da criança, designadamente: o microsistema (cenários imediatos em que ocorre o desenvolvimento da criança), o mesossistema (engloba as relações entre microsistemas nos quais a criança experiencia a realidade), o exossistema (ambientes que influenciam o desenvolvimento da criança mas nos quais esta não detém um papel direto, e o macrossistema (padrões ideológicos, demográficos e das instituições de uma determinada cultura ou sub-cultura da sociedade a que pertence a criança e a sua família) (Bronfenbrenner, 1979, 1986, 1989).

Sameroff e Fiese (2000) referem que segundo o Modelo Transacional o desenvolvimento é perspectivado não como uniforme, linear ou mecânico, mas como o resultado das interações contínuas e dinâmicas entre a criança e as experiências proporcionadas pela sua família e pelo contexto social.

De acordo com Leitão (1998) partindo da perspectiva atualmente aceite de que o desenvolvimento da criança é influenciado pelos mais variados fatores envolvimentoais, os efeitos positivos dos programas de intervenção precoce no desenvolvimento das crianças

em risco, só se manifestarão se esses programas forem dirigidos não apenas às competências básicas do comportamento da criança mas também sobre outros sistemas de envolvimento em que esta se insere. Esses sistemas (interação mãe-criança, atitudes, valores e comportamentos dos elementos que fazem parte do envolvimento) ao proporcionarem à criança a vivência de experiências mais estimulantes e adequadas de forma constante e contínua, são os responsáveis pelos benefícios iniciais dos programas de intervenção precoce não se perderem com o passar do tempo. Mendes (2010) defende também esta ideia afirmando que existe a necessidade de focar aspetos relativos não só à criança, como também ao seu ambiente de forma a possibilitar uma análise contextualizada dos problemas do desenvolvimento. Deste modo, será a partir do envolvimento familiar e do novo sistema de interações que estes passam a desenvolver com a criança, que a intervenção precoce ganha significado. É neste contexto que surge a preocupação de abranger nos programas, o sistema familiar, no qual o impacto da intervenção se pode observar ao nível do desenvolvimento de competências nas famílias de forma a poderem desempenhar mais adequadamente o papel de primeiros agentes educativos e ao nível das mudanças na qualidade de vida das famílias apoiadas (Leitão, 1998).

Dunst, Johanson, Trivette & Hamby (1991) descrevem os 4 modelos fundamentais nos quais assentam as práticas em Intervenção Precoce, nomeadamente os Modelos Centrado no Profissional, Aliado à Família, Focado na Família e Centrado na Família. O Modelo Centrado no Profissional é a perspetiva associada ao modelo médico e caracteriza-se por considerar o profissional como especialista e decisor, determinando quais as necessidades da família. Esta é considerada como praticamente incapaz de resolver os seus problemas sem a orientação do profissional. No Modelo Aliado da Família, a família é considerada como um instrumento do profissional, ou seja, é-lhe atribuído o papel de implementar as intervenções consideradas relevantes pelo profissional para o bem-estar da mesma. O Modelo Focado na Família é baseado na utilização de recursos formais, são apresentadas à família as opções que os profissionais consideram ser as mais adequadas à situação e estes orientam a escolha da opção. Finalmente, no Modelo Centrado na Família, a família é decisora. A intervenção é feita com base nos desejos e necessidades da família, sendo o papel do profissional o de facilitar o acesso aos recursos e serviços de que a família necessita e ajudá-la a construir uma rede de apoios formais e informais que vá ao encontro das suas necessidades. A família é vista como parceira, os profissionais mantem-na informada para que possa tomar decisões fundamentadas e são utilizadas práticas cujo

intuito é fortalecer o seu funcionamento e aumentar as suas competências, tendo sempre em consideração a sua cultura e valores.

A utilização do conceito de Abordagem Centrada na Família remonta à década de 50 e descreve a natureza de certas formas de prestação de serviços e de apoios às famílias com necessidades especiais. Esta abordagem destaca-se pelo reconhecimento das famílias enquanto principal contexto para a promoção e desenvolvimento da criança caracterizando-se também pelo respeito pelas escolhas da família e pelos seus processos de decisão, enfatizando as competências da criança e família e a importância das parcerias família/profissional (Pereira & Serrano, 2010). Sabe-se hoje que as crianças aprendem a partir da interação com o seu meio envolvente, do qual fazem parte os seus contextos de vida e adultos significativos (famílias/cuidadores) e, ao longo do tempo (dia-a-dia) (Boavida, Aguiar, & McWilliam, 2016). Os autores defendem que desta forma deixou de fazer sentido o trabalho com as crianças em sessões individuais, específico a uma área de desenvolvimento, direto e em salas preparadas para o efeito, fundamentado no facto de se saber hoje em dia que as crianças têm dificuldade em aprender de forma descontextualizada e em generalizar as competências adquiridas a outros contextos. Neste sentido, para a estruturação e implementação de intervenções que possam ser eficazes, é essencial uma estreita colaboração entre os cuidadores da criança (pelo conhecimento profundo do funcionamento e das necessidades da criança no seu dia a dia) e dos profissionais de IPI (pelo conhecimento científico de todas as áreas de formação dos profissionais que constituem as equipas e dos princípios de IPI).

Em 2008 um grupo de trabalho dos EUA, agregado pelo Gabinete de Assistência Técnica de Programas de Educação Especial e constituído por inúmeros especialistas na área, produziram um documento com a missão e os sete princípios necessários para apoiar o sistema de serviços e apoios centrados na família (Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments, OSEP TA Community of Practice-Part C Settings, 2008):

1. A criança aprende melhor através de experiências baseadas na rotina e em interações com pessoas e contextos que lhes sejam familiares;
2. Qualquer família pode potenciar/aumentar a aprendizagem e desenvolvimento da criança desde que tenham disponíveis recursos e apoios necessários;
3. O Profissional de Intervenção Precoce na Infância tem como principal papel trabalhar com a família e/ou cuidadores e prestar-lhe o apoio necessário;

4. O processo de Intervenção Precoce deverá ser desde contatos iniciais até à transição, um processo dinâmico, individualizado e que reflita as preferências, estilo de aprendizagem e crenças culturais da criança e família;
5. Os objetivos da intervenção devem ser funcionais, refletindo as necessidades e prioridades da família;
6. As prioridades, necessidades e interesses da família são abordados mais adequadamente por um prestador de cuidados primário (também referido como gestor de caso, ou gestor de processo) que representa e recebe apoio da equipa e da comunidade;
7. A Intervenção com crianças e membros da família deve ser feita com base em princípios explícitos, práticas validadas, e de acordo com as boas práticas, as leis e regulamentos pertinentes.

Apesar da evolução na IPI no sentido do Modelo Centrado na Família, suportada tanto por modelos teóricos (como os mencionados em cima), bem como pela investigação (Dunst, Trivette, & Hamby, 2007; NICHD Early child Care Research Network, 2006; Shonkoff & Phillips, 2000) e por esforços institucionais (Sandall, McLean, & Smith, 2000), verifica-se que nem sempre a prática consegue acompanhar as recomendações. Neste sentido e de forma a criar uma resposta eficaz à implementação de práticas desenvolvidas em contextos naturais, McWilliam (2010) propõe o modelo de Intervenção Precoce Baseada nas Rotinas (IPBR). Segundo Boavida e McWilliam (2014), deste modelo fazem parte cinco componentes fundamentais, que estão integrados nos sistemas ecológicos de Brofenbrenner, são eles: Ecomapa; Entrevista Baseada nas Rotinas (de onde resultam os Objetivos Funcionais e o Perfil de Funcionalidade); Prestador de Serviços Primário; Visitas Domiciliárias Baseadas no Apoio; e Terapia Integrada.

O Ecomapa trata-se de uma ilustração da família e das perceções de apoios prestados. A sua utilização permite demonstrar que o interesse se concentra também na família e não só na criança, permitindo também ter noção do exossistema que rodeia a família (rede social, vizinhança, comunidade, pessoas e serviços). A Entrevista Baseada nas Rotinas (EBR) é uma entrevista semiestruturada que visa estabelecer uma relação positiva com a família, conhecer o funcionamento da criança e da família e obter uma lista de objetivos funcionais significativos para a família. A EBR tem três principais objetivos: desenvolver planos que reflitam as prioridades das famílias; criar estratégias que visem diretamente os comportamentos alvo (objetivos funcionais); e o envolvimento de outros prestadores de cuidados da criança. Os objetivos que resultam da EBR são Objetivos

Funcionais pois visam as necessidades de envolvimento ou participação, de independência, e de relações sociais da criança, em casa, na escola e na comunidade; identificam as rotinas nas quais a criança necessita adquirir a competência e em que vai participar, descrevem os comportamentos que se pretende que a criança adquira de forma ativa e contem ainda os critérios que irão demonstrar que a criança adquiriu a competência. A EBR possibilita ainda a construção de perfis funcionais pelos profissionais, auxiliando na passagem para uma abordagem funcional.

O Prestador de Serviços Primário(PSP), também conhecido por gestor de processo ou responsável de caso, entre outros, parte de uma abordagem transdisciplinar, em que um profissional presta apoio semanal à família, sendo apoiado por uma equipa de outros profissionais. Este apoio de equipa é realizado conforme as especificidades das situações e pode ir de consultoria até visitas conjuntas à família. A intervenção do PSP é realizada através de Visitas Domiciliárias Baseadas no Apoio e de Terapia Integrada. o modelo de IPBR assenta em quatro pressupostos sobre o desenvolvimento e a aprendizagem: (1) os prestadores de cuidados têm influência sobre o desenvolvimento da criança e por sua vez, os profissionais tem influência sobre os prestadores de cuidados; (2) as crianças aprendem ao longo do dia (nas rotinas diárias); (3) toda a intervenção precoce decorre entre as visitas dos profissionais; (4) a criança não necessita do máximo de serviços, mas do máximo de intervenção. Quando a criança se encontra integrada numa creche ou jardim-de-infância, os prestadores de cuidados são também os educadores e auxiliares.

O modelo IPBR, está ainda alinhado com a Consultoria Colaborativa.

Consultoria Colaborativa

O que tenho vindo a apresentar neste trabalho é consistente com o facto de se saber hoje em dia que as crianças têm dificuldade em aprender de forma descontextualizada e em generalizar as competências adquiridas a outros contextos e que as crianças aprendem a partir da interação com o seu meio envolvente, do qual fazem parte os seus contextos de vida e adultos significativos (famílias/cuidadores) e, ao longo do tempo (dia-a-dia). Desta forma, deixou de fazer sentido o trabalho com as crianças em sessões individuais, específico a uma área de desenvolvimento, direto e em salas preparadas para o efeito, sendo essencial, para a estruturação e implementação de intervenções que possam ser eficazes, uma estreita colaboração entre os cuidadores da criança (pelo conhecimento profundo do funcionamento e das necessidades da criança no seu dia a dia) e dos profissionais de IPI (pelo conhecimento científico de todas as áreas de formação dos profissionais que

constituem as equipas e dos princípios de IPI) (Boavida et al., 2016). Esta forma de trabalho é materializada através da consultoria colaborativa, que, no campo da educação e da intervenção precoce, é definida por Buysse e Wesley (2005), como

um modelo de prestação de serviços, indireto e triádico, em que um consultante (e.g., educador do ensino especial, terapeuta, [profissional de IPI]) e um consultado (e.g., educador de infância, pai) trabalham em conjunto numa área de preocupação ou num objetivo de mudança comum. (...) Através de uma série de sessões e conversas, o consultor ajuda o consultado através de resolução de problemas sistemática, influência social e apoio profissional. Por sua vez, o consultado ajuda o(s) cliente(s) [a(s) criança(s)] com apoio total e assistência do consultante. O objetivo da consultoria é a abordagem de uma preocupação imediata ou objetivo, assim como, a prevenção da ocorrência de problemas similares no futuro. (pp.10) (cit. por Boavida et al., 2016).

Buysse e Wesley (2005) definem 8 os passos da consultoria colaborativa, com os quais o IPBR está alinhado: fase 1) constituída por aquilo os autores definem como obter acesso; fase 2) constituída pela definição dos objetivos; fase 3) Recolha de informação/avaliação; fase 4) Construir o relacionamento; fase 5) Selecionar estratégias; fase 6) Implementar o plano; fase 7) avaliar o plano; e fase 8) Realizar uma reunião síntese.

Neste sentido e sabendo que os modelos anteriormente mencionados, servem atualmente de referência às práticas recomendadas em intervenção precoce na infância, procurámos perceber em que medida estas práticas estão a ser implementadas no contexto português, sobretudo através das perceções dos profissionais sobre as suas práticas típicas e práticas que consideram ser ideais. O presente estudo tem assim como objetivos descrever a qualidade psicométrica dos dados recolhidos com o instrumento; avaliar a perceção dos profissionais de intervenção precoce na infância das suas práticas e das práticas que consideram ideais; e identificar variáveis sociodemográficas que podem estar associadas às perceções acerca das práticas típicas e ideais.

Neste sentido, foram formuladas três hipóteses de investigação, nomeadamente: 1) existem diferenças entre a perceção dos Profissionais de Intervenção Precoce das suas práticas típicas e das práticas que consideram ser ideais, atribuindo valores mais elevados às práticas consideradas ideais, 2) existem diferenças entre as perceções acerca das práticas típicas e das práticas ideais quando consideradas as variáveis sociodemográficas de tempo total de serviço, tempo afeto à IPI, formação de base, e de sub-região a que pertencem as

equipas, e 3) existem diferenças entre as percepções acerca das práticas típicas e das práticas ideais quando consideradas as variáveis de periodicidade de reuniões de equipa e de supervisão, sendo que uma maior frequência de reuniões e supervisão estão associadas a valores mais elevados nas práticas típicas.

Método

Participantes

A amostra é constituída por 600 profissionais pertencentes a 78 ELI, sendo que 21.5% ($n=129$) dos profissionais pertencem à sub-região Norte, 21.7% ($n=130$), à sub-região Centro, 39.5% ($n=237$) à sub-região de Lisboa e Vale do Tejo, 14.5% à sub-região do Alentejo ($n=87$) e 2.8% ao Algarve ($n=17$).

A idade dos participantes varia entre os 21 e os 66 anos ($M=41.44$, $DP=9.24$), sendo que 94.8% são do sexo feminino. No que se refere à profissão à formação académica 3,5% ($n=21$) têm bacharelato ou licenciatura pós Bolonha, 41.0 % ($n=246$) têm licenciatura pré Bolonha ou mestrado integrado, 32.7% ($n=196$) têm uma pós-graduação, 22.3% ($n=134$) têm mestrado (pós-licenciatura pré-Bolonha ou mestrado integrado) e 0.3% ($n=2$) têm doutoramento. A distribuição das categorias profissionais da amostra encontra descrita no Quadro 1.

Dos 600 profissionais que participaram no estudo, 60.8% indicaram trabalhar a tempo inteiro em ELI, sendo que, dos profissionais que não trabalham a tempo inteiro o número de horas varia entre 30 minutos e 32.5 horas ($M=13.17$, $DP=8.22$). Os anos totais de serviço dos participantes variam entre 1 e 43 anos ($M=17.5$, $DP=9.2$) e os anos de serviço em Intervenção Precoce na Infância variam entre 0 e 43 anos ($M=6.80$, $DP=5.66$). Relativamente ao número médio de famílias apoiadas por semana varia entre 0 e 40 ($M=12.04$, $DP=7.26$).

Quadro 1.

Categorias profissionais da amostra e percentagem de profissionais que vão ou não ao contexto por categoria

Categorias Profissionais	n	%	Apoio em ambos os contextos da criança (LI e VD)		Apoio em nenhum dos contextos da criança (LI e VD)	
			n	%	n	%
			Educação	237	39.5	207
Educadores	170	28.3	150	88.2	1	0.6
Professores	67	11.2	57	85.1	0	0.0
Terapias	148	24.7	117	79.0	0	0.0
Terapeutas da Fala	73	12.2	54	74.0	0	0.0
Terapeutas Ocupacionais	32	5.3	27	84.4	0	0.0
Fisioterapeutas	33	5.5	29	87.9	0	0.0
Outros terapeutas	10	2.7	7	70.0	0	0.0
Psicossocial	151	25.2	87	57.6	26	17.2
Assistentes Sociais	68	11.4	32	47.1	14	20.6
Psicólogos	77	12.9	50	64.9	12	15.6
Outros	6	0.9	5	83.3	0	0.0
Saúde	64	10.7	21	32.8	24	37.5
Enfermeiros	53	8.8	18	34.0	17	32.0
Médicos	11	1.9	3	27.3	7	63.6

Nota: LI – Local de integração, VD – visita domiciliária

Instrumentos

Questionário sociodemográfico aos profissionais de IPI

Este questionário é composto por questões de resposta fechada, da qual fazem parte 28 questões. (30 questões) sendo o objetivo de recolher informação quer permita a

caracterização dos profissionais quanto ao sexo, idade, formação base, habilitações académicas e anos de experiência em IPI, se trabalha exclusivamente em IPI, número de horas semanais em IPI e número médio de famílias apoiadas semanalmente.

Escala de Práticas Típicas e Ideais de intervenção precoce na infância

De forma a avaliar a perceção dos profissionais de IPI das suas práticas tanto nos contextos de integração como nas visitas domiciliárias foi desenvolvido o instrumento *Serviços de Intervenção Precoce na Infância em Portugal*. Este instrumento foi desenvolvido para a nossa população tendo como base instrumento de McWilliam como, por exemplo, o *Providing Center-Based... Services in Early Intervention* (Bailey, McWilliam, & Roberts, 1991) e o *Families in Natural Environments Scale of Service Evaluation II* (McWilliam, 2012).

A escala utilizada neste estudo está integrada no instrumento acima mencionado. Trata-se de uma escala de registo de comportamentos tipo *Likert*, de 9 pontos, com descritores dos comportamentos nos números ímpares. É composta por 17 itens relativos às práticas desenvolvidas no processo de intervenção precoce. Os itens de 1 a 7 referem-se a práticas gerais de avaliação de necessidades e de objetivos, definição de objetivos e tipo de trabalho em equipa. Os itens de 8 a 13 referem-se a práticas de intervenção no local de integração e os restantes itens (14 a 17) referem-se a práticas de intervenção em visita domiciliária.

Os participantes devem, para cada item, responder duas vezes: uma relativamente à perceção da prática que desenvolvem atualmente e, uma segunda relativamente ao que consideram ser a prática ideal. Os resultados para cada item podem ir de 1 a 9, o que se traduz numa pontuação que pode variar entre 17 e 153. O resultado mais baixo (17 pontos) indica uma prática totalmente centrada nos profissionais, por outro lado o mais elevado (153 pontos) revela uma prática centrada na família em que é usada consultoria colaborativa. No questionário foi ainda solicitada a justificação da discrepância entre a prática ideal e a prática típica, no entanto, estes dados qualitativos não foram considerados neste estudo.

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

Procedimento

Após o pedido de autorização da Comissão de Coordenação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, da Comissão Nacional de Proteção de Dados e do Conselho de Ética do ISCTE, foram contactadas por email as Subcomissões das Equipas Locais de Intervenção (ELI). Após devida autorização foram convidadas a participar todas as ELI a nível nacional (n=144).

Com as ELI que aceitaram o convite para a participação no estudo e que tivessem disponibilidade até ao final do ano letivo de 2015/2016 (54%), foi agendada a presença do investigador numa reunião de equipa para que fosse distribuído e respondido o questionário que serve de instrumento ao presente estudo.

Os questionários foram distribuídos aos profissionais que aceitaram participar e não foram solicitados dados dos participantes que sejam identificáveis, tendo sido atribuído um número não identificado às ELI para posteriormente identificar os profissionais que pertencem à mesma equipa.

Análise de Dados

As hipóteses de investigação formuladas no presente estudo foram testadas através de vários procedimentos de análise de dados. Dos 600 profissionais que compõem a amostra, apenas foram considerados os 432 profissionais que refeririam intervir no local de integração da criança e em visita domiciliária, respondendo assim à totalidade do questionário.

Para testar a Hipótese 1, procedemos à análise das características psicométricas dos dados, consistência interna e normalidade das distribuições. Posteriormente procedeu-se à análise descritiva dos itens do instrumento e à comparação das médias das subescalas de práticas típicas e de práticas ideais através do teste não paramétrico de *Wilcoxon*, devido à violação dos pressupostos de normalidade das distribuições dos dados, e ao *D de Cohen* para perceber a magnitude do efeito.

Para aferir as Hipóteses 2 e 3, procedemos à realização de testes não paramétricos de de Mann-Whitney e de Kruskal Wallis, dado que nenhuma das variáveis seguia uma distribuição normal.

Resultados

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

O Quadro 2 mostra os dados descritivos obtidos para os itens e subescalas da Escala de Avaliação das práticas típicas e das práticas ideais e os resultados dos testes de *Wilcoxon* e de *D de Cohen*.

Como podemos observar no quadro, o item Locais de Apoio é o que apresenta as médias mais elevadas tanto nas práticas típicas como nas práticas ideais. Por outro lado, o Papel do Profissional (LI) é o item que tem as médias mais baixas em ambas as subescalas.

Através dos valores do teste de *Wilcoxon* verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os itens das duas subescalas.

Sabendo que, quanto maior o valor de *D de Cohen*, maior é a magnitude do efeito, consideramos os seguintes valores de referência: para ($d < .30$) a magnitude do efeito é inconsequente, para valores ($.30 > d < .50$) será pequena, para ($.50 > d < .70$), a magnitude do efeito é moderada e para valores ($d > .70$) é elevada. Desta forma os resultados obtidos no teste permitem-nos verificar que a magnitude do efeito (*effect size*) entre as duas subescalas é considerada elevado ($d > .70$).

Analisando individualmente os 17 itens que compõem as subescalas de práticas típicas e práticas ideias, a magnitude do efeito é elevada em 9 itens, é moderada em 6 e é pequena apenas em 2 dos itens.

Os itens Definição de Objetivos, Avaliação dos Objetivos, Presença de Outras Crianças durante o apoio (LI), Definição de Estratégias de Intervenção (VD) e Avaliação das Necessidades da Criança, são os que apresentam maiores diferenças entre as práticas típicas e as práticas ideais. Por outro lado, Presença de Outras Crianças Durante o Apoio (LI) e Locais de Apoio são os itens que apresentam a magnitude do efeito com os valores mais baixos, ou seja, são os itens em que os valores da prática típica se aproximam mais dos valores da prática ideal.

Quadro 2.

Estatísticas descritivas para os itens e subescalas da Escala de Avaliação das práticas típicas e das práticas ideais.

	Práticas Típicas				Práticas Ideais				Z	d
	M	DP	MIN.	MAX.	M	DP	MIN.	MAX.		
1.Avaliação das Necessidades da Criança	7.26	1.49	1	9	8.46	1.10	3	9	-13.18	0.93
2.Necessidades da Família	7.33	2.00	3	9	8.66	0.96	3	9	-12.19	0.90
3.Definição de Objetivos	6.82	2.12	1	9	8.16	1.27	1	9	-12.62	1.16
4.Objetivos da Intervenção ao nível da criança	7.57	1.39	1	9	8.51	0.96	1	9	-12.36	0.80
5.Avaliação dos Objetivos	6.58	1.61	1	9	8.17	1.31	3	9	-14.47	1.10
6.Trabalho de Equipa	7.73	1.89	1	9	8.67	1.11	3	9	-10.77	0.63
7.Locais de Apoio	8.29	1.29	1	9	8.76	0.77	3	9	-8.51	0.46
8.Localização do Apoio (LI)	7.12	1.76	1	9	7.97	1.49	1	9	-11.21	0.52
9.Presença de Outras Crianças durante o apoio (LI)	6.92	2.14	1	9	7.66	1.89	1	9	-9.78	0.37
10.Contexto de Intervenção (LI)	7.10	1.76	1	9	8.14	1.30	1	9	-11.78	0.68
11.Papel do Profissional (LI)	5.76	1.73	1	9	7.07	1.91	1	9	-13.11	0.72
12.Definição de Estratégias (LI)	6.67	1.83	1	9	7.72	1.83	1	9	-11.75	0.57
13.Implementação de Estratégias (LI)	6.44	2.28	1	9	8.20	1.68	1	9	-13.16	0.89
14.Localização da Intervenção e presença da família durante a intervenção (VD)	7.29	1.79	1	9	8.05	1.19	1	9	-9.53	0.51
15.Papel do Profissional (VD)	6.85	2.37	1	9	7.98	1.97	3	9	-10.85	0.52
16.Definição de Estratégias de Intervenção (VD)	6.81	1.67	2	9	8.28	1.39	4	9	-13.73	0.96
17.Implementação de Estratégias (VD)	6.64	1.97	1	9	8.20	1.47	3	9	-12.99	0.91

Subescalas	7.02	1.05	4.18	9.00	8.16	0.84	5.00	9.00	-17.44	1.21
------------	------	------	------	------	------	------	------	------	--------	------

Comparação dos resultados obtidos nas subescalas de práticas típicas e práticas ideais em função das variáveis sociodemográficas e da frequência de reuniões de equipa e de supervisão

De acordo com os resultados obtidos através do teste de Mann-Whitney, em função de o profissional trabalhar exclusivamente em IPI ou não, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as práticas típicas ($U=16851.50$, $p=.17$) e as práticas ideais ($U=17970.00$, $p=.66$).

Seguidamente, foi feita a análise dos dados no sentido de perceber se os anos de serviço em intervenção precoce na infância, fazem variar as perceções dos profissionais quanto às práticas típicas e as práticas ideais, tendo-se verificado que não existem diferenças estatisticamente significativas, $\chi^2(2, n = 424) = 1.82$, $p = 0.40$ e $\chi^2(2, n = 423) = 4.78$, $p = 0.09$.

Com o objetivo de aferir a existência de diferenças estatisticamente significativas em função do grupo profissional ao qual pertencem os profissionais da amostra, foi demonstrado através do teste de Kruskal Wallis as mesmas não serem estatisticamente significativas, $\chi^2(3, n = 431) = 7.24$, $p = .06$ e $\chi^2(3, n = 430) = 6.18$, $p = .10$ respetivamente.

Analisando os resultados no teste de Kruskal Wallis em função se existem diferenças nas perceções das práticas típicas e das práticas ideais do profissional em função das sub-regiões (agrupadas para efeitos de análise estatística em Norte, Centro, Lisboa, Vale do Tejo e Alentejo/Algarve) a que pertencem as ELI em que colaboram verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas tanto nas práticas típicas $\chi^2(3, n = 431) = 30.41$, $p = 0.01$ como nas ideais $\chi^2(3, n = 430) = 65.32$, $p = 0.01$.

Relativamente à frequência das reuniões de equipa, os dados analisados foram subdivididos em três grupos de acordo com a periodicidade das reuniões indica pelos profissionais: periodicidade semanal; periodicidade entre semanal e mensal; e periodicidade superior a mensal.

Verifica-se que também nesta área existem diferenças estatisticamente significativas relativamente às perceções das práticas típicas $\chi^2(2, n = 429) = 11.94$, $p = 0.003$, mas não relativamente às perceções das práticas ideais, $\chi^2(2, n = 428) = 5.15$, $p = 0.08$

Por último, no que respeita às perceções das práticas típicas e das práticas ideais dos profissionais em função da periodicidade das reuniões de supervisão da sua equipa (mensal, entre mensal e semestral e superior a semestral), encontramos diferenças estatisticamente

significativas em ambas as práticas, $\chi^2(2, n = 404) = 16.67, p = 0.01$ e $\chi^2(2, n = 403) = 20.63, p = 0.01$

Discussão

Perceções dos profissionais

O presente estudo teve como objetivo verificar se existem diferenças na forma como os profissionais percecionam as práticas que desenvolvem (práticas típicas) e aquelas que consideram ser práticas ideais, analisando-as em função de algumas variáveis sociodemográficas, que iremos analisar mais à frente. As respostas dadas no instrumento utilizado no estudo posicionam os profissionais em diversas áreas/itens quanto à sua prática típica e quanto àquela que consideram como sendo a prática ideal. As práticas descritas no instrumento estão organizadas da seguinte forma: quanto mais próximas do valor 1, mais próxima a prática descrita está de um modelo médico (centrado na profissional) e, quanto mais próxima 9, mais próxima está da consultoria colaborativa.

Na hipótese 1, propusemo-nos a perceber se as práticas percecionadas pelos profissionais como típicas ficam aquém das práticas percecionadas como ideais.

De acordo com os resultados obtidos através da Escala de Avaliação das práticas típicas e das práticas ideais, a média da prática típica é em todos os itens significativamente mais baixa do que a média da prática ideal. Este resultado vai ao encontro dos resultados encontrados por McWilliam, Rasmussen e Snyder (2007), que referem que a existência de uma grande discrepância entre as práticas, sendo que as ideais apresentam sempre cotações mais elevadas. Os itens nos quais onde as médias são mais próximas verifica-se, não pela perceção por parte do profissional da prática típica estar próxima do valor máximo, mas porque a prática percecionada como ideal é mais baixa.

Os Locais de Apoio é o item que obtém as médias mais altas, tanto na prática típica como na prática ideal. Isto poderá dever-se ao facto de a prática descrita se relacionar com a intervenção em contexto de integração, que será muitas vezes a creche ou jardim-de-infância. Este resultado poderá relacionar-se com a legislação já existente neste âmbito e organização das próprias equipas de IPI, já orientadas para uma intervenção em contextos naturais. (DL 281/2009, Artigo 4º).

Por oposição, verificamos que as médias mais baixas nas perceções dos profissionais, tanto típica como ideal, se verificam no item Papel do Profissional (no local de integração), aproximando-se mais do descritor 5, o qual refere que o papel é dividido igualmente entre a intervenção direta com a criança e a consultoria à educadora. Esta

prática não vai ao encontro das recomendações, segundo as quais a intervenção direta deve ser feita pelo educador da sala, sem que a criança seja retirada para uma sessão individual ou em pequenos grupos (McWilliam, 2010).

Por sua vez, verificamos que os resultados mais dissonantes entre as percepções típicas e ideais são encontrados nos itens que se relacionam com a definição e a avaliação de objetivos e com avaliação das necessidades da criança. Este resultado pode estar relacionado com o facto dos processos de avaliação em intervenção precoce na infância serem ainda encarados como um procedimento de cariz mais técnico, que requer o conhecimento de um profissional enquanto “especialista” melhor capacitado para desempenhar a tarefa não essa função entregue à família. Isto significa que os objetivos definidos bem como a avaliação do seu sucesso poderão ser influenciados pelas percepções e crenças dos profissionais, podendo nem sempre corresponder aos desejos e necessidades percebidas pela família. É também nestes itens que se verificam os valores mais altos nas percepções das práticas típicas, o que demonstra que os profissionais conhecem bem as recomendações em intervenção precoce na infância, mas existe uma certa dificuldade em pô-las em prática.

Práticas Típicas e Práticas Ideais em função de variáveis sociodemográficas

Para responder à Hipótese 2 levantada no presente estudo, foram feitos testes estatísticos que nos permitiram avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as práticas típicas e práticas ideais de acordo com variáveis sociodemográficas, nomeadamente: tempo total de serviço, tempo afeto à IPI e formação de base, periodicidade das reuniões de equipa e periodicidade das reuniões de supervisão.

Os resultados obtidos relativamente à questão colocada, se o tempo total de serviço tem influência nas percepções do profissional acerca das práticas típicas e práticas ideais, para qual esperávamos encontrar associação, vêm demonstrar que os resultados entre as variáveis não são significativos, ou seja, o tempo total de serviço não tem influência sobre as percepções dos técnicos quer nas práticas típicas, quer nas práticas ideais. Também no tempo afeto à IPI, não se observam diferenças nas percepções. Estes resultados corroboram os encontrados por Augusto, Aguiar e Carvalho (2013) que não verificaram diferenças significativas quanto ao tempo de experiência em IPI e à formação de base (grupo profissional).

Práticas Típicas e Práticas Ideais em função da periodicidade das reuniões de equipa e de supervisão

Para responder à Hipótese 3 levantada no presente estudo, foram feitos testes estatísticos que nos permitiram avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as práticas típicas e práticas ideais de acordo com a periodicidade das reuniões de equipa e periodicidade das reuniões de supervisão.

No que se refere à frequência das reuniões de equipa verifica-se que quanto maior a frequência das reuniões, mais o profissional percebe as suas práticas típicas e as práticas ideais como estando mais próximas do modelo de consultoria colaborativa. Este resultado vem mais uma vez dar ênfase à importância das reuniões de equipa, na articulação de informação, trabalho transdisciplinar em momentos chave. Foram encontrados resultados idênticos no que se refere às percepções típicas e ideais dos profissionais em função da maior frequência das reuniões de supervisão. Um estudo de Mendes (2010) aponta que a existência de supervisão é um dos fatores que determina a qualidade do serviço prestado em IPI.

No que se refere às limitações metodológicas deste estudo, devemos salientar o facto de ter uma amostra das sub-regiões do Alentejo e do Algarve menos representativa. Podia ainda ter havido uma maior exploração de dados como a formação específica em IPI.

Seria interessante perceber, em trabalhos futuros, se se mantêm as diferenças encontradas relativas às sub-regiões e, se sim, qual a origem desta diferença. Seria ainda importante perceber melhor o papel das reuniões de equipa e de supervisão e de que forma estas podem contribuir para práticas mais centradas na família e, conseqüentemente, para as práticas de consultoria colaborativa.

Referências

- Almeida, I. C. (2000). Evolução das teorias e modelos de intervenção precoce – caracterização de uma prática de qualidade. *Cadernos CEACF*, 15/16, 29-46.
- Augusto, H., Aguiar, C., & Carvalho, L. (2013). Práticas atuais e ideais em intervenção precoce no Alentejo: Perceções dos profissionais. *Análise Psicológica*, 1(XXXI), pp. 49-68
- Bailey, D. B., McWilliam, R. A., & Roberts, J. E. (1991). Providing Center-Based ... Services in Early Intervention. Frank Porter Graham Child Development Center, University of North Carolina at Chapel Hill.
- Bailey Jr, D. B. & Wolery, M. (1992). *Teaching infants and preschoolers with disabilities* (2nd ed.). New York: Merrill Publishing Company.
- Boavida, T. & McWilliam, R. A. (2014). O modelo de Intervenção Precoce Baseada nas Rotinas. *Actas do IX Congresso Iberoamericano de Psicologia e 2º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Lisboa, Portugal. <http://www.fiapopp2014congresso.pt/publicacoes.php?id=203pt>
- Boavida, T., Aguiar C., & McWilliam, R. A. (2016). A intervenção precoce na creche e no jardim de infância. Manuscrito em preparação.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Contextos de crianza del niño. Problemas Y prospectiva. *Infancia y Aprendizaje* (29), 45-55.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In R. M. Lerner (Vol. Ed.) & W. Damon (Series Ed.), *Handbook of child psychology*, Vol. 1: Theoretical models of human development (5th ed.), (pp. 993-1028). New York, NY: Wiley.
- Buysse, V., & Wesley, P. W. (2005). *Consultation in early childhood settings*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing.
- Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro. *Diário da República nº 193, I Série A*. Lisboa: Ministério da Educação, pp. 7298-7301.

- Despacho Conjunto n° 891/99. Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. Diário da República – II Série, n° 244 – 19 de outubro de 1999, pp. 15566-15568.
- Dunst, C. J. (2007). Early intervention for infants and toddlers with developmental disabilities. In S. L. Odom, R. H. Horner, M. Snell, & J. Black (Eds.), *Handbook of developmental disabilities* (pp. 161-180). New York, NY: Guilford Press.
- Dunst, C., & Bruder, M. B. (2002). Valued outcomes of service coordination, early intervention and natural environments. *Exceptional Children*, 68 (3), 361- 375.
- Dunst, C. J., Johanson, C., Trivette, C. M., & Hamby, W. D. (1991). Family oriented early intervention policies and practices: family-centred or not? *Exceptional Children*, 58, 115-126.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered helping practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 370-378.
- Guralnick, M. J. (2005). *The developmental systems approach to early intervention*. London: Paul H. Brookes Publishing
- Leitão, F. A. R. (1998). *Interação Mãe-Criança e Atividade Simbólica*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- McWilliam, R. A. (2010). *Routines-based early intervention: Strategies for supporting young children with disabilities*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing.
- McWilliam, R. A. (2012). FINESSE II. Siskin Children's Institute, Chattanooga.
- McWilliam, R. A., Rasmussen, J. L., & Snyder, P. (2007). *Measuring services to families in natural environments*. Unpublished manuscript. Vanderbilt University, Nashville, TN.
- 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.
- Nacional Institute of Child Health and Human Development Early Child Care Research Network (2006). Child care effect sizes for the NICHD Study of Early Care and Youth Development. *American Psychologist*, 61, 99-116.
- Pereira, A. P. S., & Serrano, A. M. (2010). Intervenção precoce em Portugal: evidências e consequências. *Inclusão*, 10, 101-120.

- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (1990). Transactional regulation and early intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 119-149). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: the development ecology of early intervention. In J. P. Shonkoff & J. Meisels (Eds.), *Handbook of early Childhood Intervention* (Vol. 2, pp. 135-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sandall, S., McLean, M., & Smith, B. (2000). *DEC recommended practices in early intervention/ early childhood special education*. Longmont, CO: Sopris West.
- Serrano, A. M. (2007). *Redes sociais de apoio e sua relevância para a intervenção precoce*. Porto: Porto Editora.
- Shonkoff, J. P. & Phillips, D. A. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington: National Academy Press.
- Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments, OSEP TA Community of Practice-Part C Settings. (2008, March). *Agreed upon mission and key principles for providing early intervention services in natural environments*. Retrieved from http://ectacenter.org/~pdfs/topics/families/Finalmissionandprinciples3_11_08.pdf

ANEXOS

ANEXO I

Serviços de Intervenção Precoce na Infância em Portugal

Inquérito nacional

Título do Estudo: Desenvolvimento Profissional - Consultoria Colaborativa em Intervenção Precoce na Infância

Investigadora Responsável: Tânia Boavida

Investigadores (Orientadores): R.A. McWilliam, Cecília Aguiar

Financiamento: Fundação para a Ciência e a Tecnologia (SFRH/BPD/108571/2015)

Instituição: CIS-IUL, ISCTE-IUL

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

AGRADECEMOS DESDE JÁ A SUA PARTICIPAÇÃO

Secção II

Práticas Típicas e Ideais

Instruções

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

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

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

2. Necessidades da Família

Prática Típica

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Prática Ideal

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

3. Definição de Objetivos

Prática Típica

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Prática Ideal

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

4. Objetivos da intervenção ao nível da criança

Prática Típica

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<p>1</p> <p><i>Prática Ideal</i></p>								

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

5. Avaliação dos objetivos

Prática Típica

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<p>1</p> <p><i>Prática Ideal</i></p>								

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

6. Trabalho em equipa

Prática Típica

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

Prática Ideal

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

7. Locais do apoio

Prática Típica

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

Prática Ideal

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

Práticas de Intervenção no Local de Integração

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

8. Localização do apoio

Prática Típica

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

Prática Ideal

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

9. Presença de Outras Crianças Durante o Apoio

Prática Típica

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

Prática Ideal

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

10. Contexto da Intervenção

Prática Típica

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Prática Ideal

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

11. Papel do Profissional

Prática Típica

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Prática Ideal

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

12. Definição de Estratégias

Prática Típica

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9

Prática Ideal

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

13. Implementação de Estratégias

Prática Típica

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9

Prática Ideal

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

Práticas de Intervenção – Visita Domiciliária

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

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

Prática Típica

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9

Prática Ideal

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

15. Papel do Profissional

Prática Típica

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9

Prática Ideal

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

16. Definição de Estratégias de Intervenção

Prática Típica

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

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

17. Implementação de Estratégias

Prática Típica

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

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

Secção V

Dados Demográficos

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

1. Sub-região a que pertence: (assinale com um círculo)
 - 1 Norte
 - 2 Centro
 - 3 Lisboa e Vale do Tejo
 - 4 Alentejo
 - 5 Algarve

2. O seu sexo: (assinale com um círculo)
 - 1 Feminino
 - 2 Masculino

3. Idade: _____

4. Profissão (assinale com um círculo):
 - 1 Educador(a)
 - 2 Professor(a)
 - 3 Fisioterapeuta
 - 4 Terapeuta Ocupacional
 - 5 Terapeuta da Fala
 - 6 Psicólogo(a)
 - 7 Assistente Social
 - 8 Outro. Qual: _____

5. Formação académica mais elevada que completou (assinale com um círculo):
 - 1 Bacharelato
 - 2 Licenciatura
 - 3 Mestrado Integrado
 - 4 Pós-graduação
 - 5 Mestrado
 - 6 Doutoramento

6. Na sua formação de base (antes de iniciar a sua vida profissional) teve alguma cadeira específica sobre crianças com incapacidades ou em intervenção precoce na infância?
 - 1 Não
 - 2 Sim

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

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

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

8. Trabalha em ELI a tempo inteiro?
- 1 Não. % de tempo que trabalha na ELI: _____
 - 2 Sim
9. Quantas horas por semana trabalha em ELI? _____
10. Trabalha em mais do que uma ELI?
- 1 Não
 - 2 Sim. Em quantas? _____
11. Qual o número médio de crianças/famílias que apoiou por semana nos passados 12 meses? _____
12. Qual a percentagem de crianças que apoiou nos últimos 12 meses com as seguintes características? (Total = 100%)
- 1 Crianças em risco de atraso de desenvolvimento ou com incapacidades ligeiras .._____%
 - 2 Crianças com incapacidades moderadas_____%
 - 3 Crianças com incapacidades severas_____%
 - 4 Outro. Especifique_____%
13. Qual a percentagem de crianças que apoiou nos últimos 12 meses com as seguintes características? (Total = 100%)
- 1 Crianças entre os 0 e os 36 meses..... _____%
 - 2 Crianças entre os 3 e os 5 anos....._____ %
 - 3 Crianças com mais de 5 anos....._____%
14. Qual dos seguintes descreve melhor a comunidade onde trabalha? (assinale com um círculo)
- 1 Área predominantemente Rural
 - 2 Área mediantemente Urbana
 - 3 Área predominantemente Urbana

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

16. Há quantos anos trabalha com crianças dos 0-6 anos? _____
17. Quantos profissionais constituem a ELI em que trabalha (se trabalha em mais do que uma indique o número de profissionais que trabalham em cada uma delas)?

18. Qual é a frequência das reuniões de equipa da vossa ELI? (assinale com um círculo):
- 1 Semanal
 - 2 Quinzenal
 - 3 Mensal
 - 4 Outra. Qual? _____
19. Qual é a duração das reuniões de equipa da vossa ELI? _____
20. Com que frequência a vossa ELI tem supervisão? _____

Comentários