

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS NO ÂMBITO DAS EQUIPAS  
LOCAIS DE INTERVENÇÃO PRECOCE  
E DA EDUCAÇÃO ESPECIAL  
Um estudo comparativo**

Maria Dulce Tiago Moreira Duarte

Tese orientada pela Prof. Doutora Júlia Serpa Pimentel

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Doutoramento em Ciências da Educação

Área de especialidade Necessidades Educativas Especiais

Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Ciências da Educação na área de especialização de necessidades educativas especiais, com o Regulamento n.º 295/2010 de 25 de março, realizada sob a orientação da Prof. Doutora Júlia Serpa Pimentel, apresentada no ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, no ano de 2018

Ao meu filho Diogo  
Pela cumplicidade e alegria de viver

Para ti Paula  
Minha amiga querida e companheira de uma *vida*

À Prof. Doutora Isabel Chaves de Almeida  
Minha mentora na reflexão sobre  
intervenção precoce

Quando melhoramos um pouco a cada dia,  
eventualmente grandes coisas acontecem ...  
Não amanhã, não no dia seguinte,  
mas eventualmente um grande ganho é feito.  
Não procure a melhoria grande e rápida.  
Procure a pequena melhoria um dia de cada vez.  
Essa é a única maneira para isso acontecer e ...  
quando acontece, dura.

Wooden

## AGRADECIMENTOS

A todas as crianças que me permitiram entrar nas suas vidas, embora por pouco tempo.

A todos as famílias e profissionais da intervenção precoce das equipas locais de intervenção, da educação especial e responsáveis de sala dos agrupamentos de escolas.

Às escolas particulares, instituições particulares de solidariedade social e agrupamentos de escolas do Ministério da Educação e Ciência, por autorizarem a realização deste trabalho, nas instalações que as crianças frequentavam.

À Prof. Doutora Júlia Serpa Pimentel por ser a grande responsável pela concretização deste trabalho. Por ter acreditado em mim quando eu já não acreditava e por ser sempre a voz que me guiou neste caminho nem sempre fácil. Por me fazer acreditar nos meus sonhos e por nunca me ter deixado desistir. Pelos conselhos e críticas construtivas que me fizeram crescer. Por me ajudar a entender que as pessoas entram na nossa vida, por uma razão, por uma estação ou por uma vida inteira e quando percebemos porquê, ficamos a saber exatamente o que fazer.

À Prof. Doutora Regina Bispo pelo apoio ao nível da análise estatística e por toda a compreensão e disponibilidade que sempre demonstrou.

À Ana Arroz, pela disponibilidade, alegria e conversas quando das nossos viagens para a recolha de dados, encontros e por todas as questões e questõezinhas que sempre me colocou.

À Filipa Cunha e Ana Faria pela ajuda na recolha de dados para o trabalho e à Ana Rita Barros e Irina Mil Homens pela sua disponibilidade.

À Ana Carolina Crispim e Lígia Prior da divisão de intervenção educativa de departamento de educação e desporto da CMC e ao João Cadima do serviço de reabilitação pediátrica e desenvolvimento do centro de medicina de reabilitação de Alcoitão da SCML, no âmbito do trabalho de visualização e cotação de filmes sobre a promoção da inclusão na educação pré escolar – projeto de implementação do modelo CONNECT.

Ao Fernando Santos pela paciência, disponibilidade e alegria que sempre demonstrou na organização do trabalho final e em todas as conversas para Todos/totós.

À Maria João Martins por estar sempre disponível para me ajudar nas traduções.

Ao António Rebelo pela disponibilidade que desde sempre demonstrou, ao longo de todo o meu percurso académico e profissional e por todo o empenho para que este trabalho fosse realizado.

À Cláudia Paiva por caminhar ao meu lado ao longo dos nossos percursos académicos e pela sua constante disponibilidade.

A todos os meus amigos que sempre se mantiveram firmes, mesmo quando a disponibilidade era reduzida, mas rentabilizada ao máximo.

À minha equipa da intervenção precoce com quem partilhei todo o percurso de realização deste trabalho.

Aos meus pais e primos, que estiveram ao meu lado neste longo percurso académico e que acreditaram que era possível.

Ao meu filhote Diogo, que ficou muitas vezes privado de uma maior disponibilidade da minha parte, mas que apesar disso conseguiu suportar o stresse que se impunha numa situação como esta.

**Palavras-chave:**

Intervenção precoce na infância; Intervenção centrada na família; Contextos naturais e rotinas; Perturbação do espectro do autismo.

**Key words:**

Early intervention in childhood; Family centered intervention; Natural contexts and routines; Autism spectrum disorder.

## RESUMO

Ao longo das últimas décadas tem-se verificado uma grande evolução no âmbito da intervenção precoce na infância (IPI), e nos últimos anos, a educação e os cuidados na primeira infância ganharam uma posição de destaque na agenda europeia. A comunidade internacional reconheceu o valor da IPI para crianças vulneráveis e suas famílias. Em todo o mundo, famílias, profissionais, organizações da sociedade civil e governos defendem a melhoria dos serviços prestados à primeira infância em todos os setores – saúde, educação, proteção e ação social.

Em Portugal, apesar de ser um dos poucos países com legislação específica para a IPI – Decreto-Lei n.º 281/2009, que criou o sistema nacional de intervenção precoce na infância – SNIPI a existência simultânea de dois normativos para as crianças dos 3-6 anos (Decreto-Lei n.º 3/2008), um longo e complexo caminho se tem vindo a verificar na implementação das práticas recomendadas

O nosso trabalho enquadra-se nas linhas de investigação nacional e internacional, no âmbito dos estudos da avaliação de programas de intervenção precoce na infância, avaliação das perceções de pais e profissionais sobre os serviços de intervenção precoce e perspectiva de intervenção centrada na família e nos contextos, bem como a análise de práticas.

O estudo foi realizado no distrito de Lisboa e nele participaram 36 profissionais e 36 famílias. A recolha de dados foi iniciada depois da autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados, e da declaração de consentimento informado assinada pelos pais.

As questões de investigação colocadas no âmbito do estudo empírico decorrem de quatro objetivos:

- ✓ Comparar as perceções das famílias e dos profissionais sobre as práticas nos diferentes contextos de atendimento;
- ✓ Comparar as perceções sobre a importância que as famílias e os profissionais atribuem às práticas nos diferentes contextos de atendimento;
- ✓ Observar e analisar as práticas de IPI em diferentes contextos de prestação de serviços – equipa local de intervenção (domicílio, creche e jardim de infância) e educação especial do Ministério da Educação e Ciência (jardim de infância) ;

- ✓ Avaliar em qual dos contextos, estas práticas se adequam ao modelo de intervenção centrado na família.

Usamos como instrumentos a *Family Focused Intervention Scale* de Mahoney, O'Sullivan e Dennenbaum (1990) adaptada por Pimentel (2003a), para avaliar as perceções dos pais e a *Inclusive Classroom Profile* de Soukakou (2007), traduzida e adaptada provisoriamente por Corval et al, (2012), que serviu de base à grelha de observação.

Os resultados obtidos revelam que, na generalidade, os nossos resultados são muito semelhantes aos obtidos por (Pimentel, 2003b, 2005), não se evidenciando práticas centradas na família, nem a participação da mesma no processo de intervenção. No estudo de observação, de carácter qualitativo, foram muito poucos os casos em que pudemos observar práticas que vão ao encontro destas recomendações internacionais.

No que diz respeito à intervenção centrada nos contextos naturais, os dados obtidos permitiram-nos concluir que, mesmo quando o apoio é dado dentro da sala, nem sempre as atividades que aí decorrem nem as rotinas da sala/colegas são aproveitadas pelos profissionais de apoio, não podendo por isso falar-se em intervenção baseada nas rotinas e nos contextos naturais de aprendizagem.

## ABSTRACT

Throughout the last decades, there has been a significant evolution in the field of Early Childhood Intervention (ECI), and, in recent years, early childhood education and care have gained an outstanding position on the European agenda. The international community recognised the value of ECI to vulnerable children and their families. All over the world, professionals, families, civil society organisations and governments want an improvement in the quality of services provided to early childhood in every sector – health, education, protection and social action.

Portugal is one of the few countries having specific legislation for ECI, - Decree-Law 281/2009, which created the National Early Childhood Intervention System of ECI (NECIS). Nevertheless, implementation of recommended practices has not been easy. We think that the simultaneous existence of two normative documents for 3 to 6 year-old children (Decree-Law 3/2008) may be a barrier to that implementation.

Our work fits into the national and international lines of research, in what concerns the of ECI programmes evaluation studies, the evaluation of parents' and professionals' perceptions about the ECI services, and analysis of professional practices in what concerns family and contexts-centred intervention.

The study was conducted in the district of Lisboa and it had the participation of 36 professionals and 36 families. The data collection was initiated after the approval of the National Commission for Data Protection and the informed consent document signed by the parents.

The main goals of the research were:

- ✓ To compare families' and professionals' perceptions about the practices in different contexts of service provision;
- ✓ To compare the perceptions about the importance that families and professionals give to the practices in different contexts of service provision;
- ✓ To observe and to analyse the practices of ECI in different contexts of service provision – Local Intervention Teams (home, day nursery and kindergarten) and Special Education of the Ministry of Education and Science (kindergarten);

- ✓ To evaluate in which of the contexts these practices are similar to the family-centred intervention model.

We used the *Family Focused Intervention Scale* by Mahoney, O'Sullivan e Dennenbaum (1990) adapted by Pimentel (2003a) to evaluate parents' and professionals' perceptions, and *Inclusive Classroom Profile* by Soukakou (2007), translated and provisionally adapted by Corval et al, (2012) which served as a basis for the observation chart.

Our results are very similar to those obtained by Pimentel (2003b, 2005), as there is no evidence of family-centred practices nor the participation of the family in the intervention process. In the qualitative observation study, there were very few cases in which we could observe practices that address the international recommendations.

Concerning intervention in natural contexts, data allowed us to conclude that, even when the support is given inside the classroom or at home, the activities that take place in those settings or the routines of the classroom/classmates are not harnessed by the professionals. Therefore, we cannot talk about intervention based on routines and natural contexts of learning.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO E MODELOS CONCEPTUAIS EM INTERVENÇÃO PRECOCE .....	5
1 Teorias que suportam a intervenção precoce na infância .....	5
1.1 Modelo bioecológico de Bronfenbrenner .....	6
1.2 Modelo transacional de Sameroff .....	8
2 A intervenção precoce na infância centrada na família e nos contexto .....	12
2.1 Breve história da intervenção precoce .....	13
2.2 Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância .....	16
2.3 Práticas centradas na família .....	20
2.3.1 O papel dos profissionais .....	28
2.4 Práticas centradas nas rotinas e nos ambientes naturais .....	32
2.5 Intervenção precoce em contextos educativos e a consultoria colaborativa .....	39
3 A intervenção precoce em Portugal .....	43
3.1 Projeto IM2 – Intervir mais, intervir melhor .....	51
3.2 Investigação realizada em Portugal .....	53
4 As crianças com perturbação do espectro do autismo .....	65
CAPÍTULO II - OBJETO DE ESTUDO E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO .....	77
1 Objetivos do estudo .....	77
2 Questões de investigação .....	79
CAPÍTULO III – MÉTODO .....	85
1 Participantes .....	85
1.1 Caraterização das crianças .....	88
1.2 Caraterização das famílias .....	90
1.3 Caraterização dos profissionais .....	91
2 Instrumentos .....	94
2.1 Escala de intervenção focada na família (EIFF) .....	94
2.2 <i>Inclusive Classroom Profile</i> (ICP) .....	95

2.3 Entrevista .....	96
3 Procedimento .....	97
4 Desenho do estudo .....	100
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS .....	103
1 Resultados da escala de intervenção focada na família (EIFF) .....	103
2 Resultados das observações em contexto de creche e pré-escolar com base na <i>Inclusive Classroom Profile (ICP)</i> .....	111
3 Resultados das observações em contexto de domicílio com base na <i>Inclusive Classroom Profile (ICP)</i> .....	132
4 Resultados das entrevistas às três mães .....	143
CAPÍTULO V - ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....	157
CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....	177
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	183
ANEXOS .....	197
Anexo 1 - Autorização da Comissão nacional de Proteção de Dados .....	198
Anexo 2 – Autorização da Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar .....	203
Anexo 3 - Escala de intervenção focada na família Versão pais / Versão técnicos e Importância pais/Importância técnicos .....	205
Anexo 4 - Guião de entrevista .....	218
Anexo 5 - <i>Outputs</i> estatísticos organizados em tabelas sumárias .....	221

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura n. ° 1: Mapa do distrito de Lisboa com as ELI e os agrupamentos de escolas que participaram no estudo .....	85
--	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro n.º 1: Distribuição das crianças pelos vários contextos de intervenção e função do apoio por técnicos/profissionais das ELI e do MEC .....	86
Quadro n.º 2: Adultos presentes no contexto, no momento da observação, para além do Observador .....	87
Quadro n.º 3: Distribuição das crianças por género .....	88
Quadro n.º 4: Distribuição da idade das crianças, por contexto, à data da observação.....	89
Quadro n.º 5: Caraterização das crianças com PIIP e PEI.....	89
Quadro n.º 6: Caraterização do número de crianças por sala.....	90
Quadro n.º 7: Caraterização das famílias que participaram na entrevista para preenchimento da EIFF .....	91
Quadro n.º 8: Formação dos técnicos/profissionais da ELI e do MEC, segundo o contexto de atendimento e casos apoiados .....	92
Quadro n.º 9: Formação base dos docentes da ELI e do MEC .....	92
Quadro n.º 10: Caraterização do tempo de serviço dos técnicos/profissionais na ELI e na EE do MEC .....	93
Quadro n.º 11: Caraterização do tempo de serviço dos técnicos/profissionais da ELI e da EE do MEC relativamente a cada criança .....	93
Quadro n.º 12: Médias da quantidade e importância dos serviços focados na criança(SFC) e serviços focados na família (SFF) na perceção de pais/famílias e técnicos/profissionais .....	104
Quadro n.º 13: Quantidade dos serviços focados na criança (SFC) e serviços focados na família (SFF) na perceção de pais/famílias e técnicos/profissionais em função do contexto de atendimento .....	105
Quadro n.º 14: Quantidade dos serviços focados na criança (SFC) e serviços focados na família (SFF) e importância atribuída (ISFC e ISFF) na perceção de pais/famílias e técnicos/profissionais (em conjunto) em função do contexto de atendimento .....	108
Quadro n.º 15: Matriz de correlações entre quantidade de serviços focados na criança (SFC) e serviços focados na família (SFF) e a importância atribuída a esses mesmos serviços e a idade da criança, na perceção dos pais/famílias .....	109
Quadro n.º 16: Matriz de correlações entre quantidade de serviços focados na criança (SFC) e serviços focados na família (SFF) e a importância atribuída a esses mesmos serviços e a idade da criança, na perceção dos técnicos/profissionais .....	109
Quadro n.º 17: Matriz de correlações entre quantidade de serviços focados na criança (SFC) e serviços focados na família (SFF) e a importância atribuída a esses mesmos serviços e o tempo de serviço em anos do técnico/profissional, na perceção dos pais/famílias e dos técnicos/profissionais (em conjunto) .....	110
Quadro n.º 18: Contexto de observação das situações .....	118
Quadro n.º 19: Quantidade de situações observadas em creche, JI ELI e JI MEC, segundo as categorias encontradas no item avaliação da adaptação do espaço, materiais/equipamentos .....	119

Quadro n.º 20: Quantidade de situações observadas em creche, JI ELI e JI MEC, segundo as categorias encontradas no item envolvimento dos adultos nas interações com os pares .....	121
Quadro n.º 21: Quantidade de situações observadas em creche, JI ELI e JI MEC, segundo as categorias encontradas no item orientação dos adultos no jogo da criança .....	122
Quadro n.º 22: Quantidade de situações observadas em creche, JI ELI e JI MEC, segundo as categorias encontradas no item resolução de conflitos .....	123
Quadro n.º 23: Quantidade de situações observadas em creche, JI ELI e JI MEC, segundo as categorias encontradas no item sentido de pertença ao grupo .....	124
Quadro n.º 24: Quantidade de situações observadas em creche, JI ELI e JI MEC, segundo as categorias encontradas no item interação adulto/criança .....	125
Quadro n.º 25: Quantidade de situações observadas em creche, JI ELI e JI MEC, segundo as categorias encontradas no item apoio para a comunicação .....	126
Quadro n.º 26: Quantidade de situações observadas em creche, JI ELI e JI MEC, segundo as categorias encontradas no item adaptação das atividades de Grupo .....	128
Quadro n.º 27: Quantidade de situações observadas em creche, JI ELI e JI MEC, segundo as categorias encontradas no item transição entre atividades .....	129
Quadro n.º 28: Quantidade de situações observadas em creche, JI ELI e JI MEC, segundo as categorias encontradas no item <i>feedback</i> .....	131
Quadro n.º 29: Quantidade de situações observadas em domicílio, segundo as categorias encontradas no item avaliação da adaptação do espaço, materiais/equipamentos .....	137
Quadro n.º 30: Quantidade de situações observadas em domicílio, segundo as categorias encontradas no item orientação dos adultos no jogo da criança .....	138
Quadro n.º 31: Quantidade de situações observadas em domicílio, segundo as categorias encontradas no item resolução de conflitos .....	139
Quadro n.º 32: Quantidade de situações observadas em domicílio, segundo as categorias encontradas no item interação adulto-criança .....	140
Quadro n.º 33: Quantidade de situações observadas em domicílio, segundo as categorias encontradas no item apoio para a comunicação .....	141
Quadro n.º 34: Quantidade de situações observadas em domicílio, segundo as categorias encontradas no item transição entre atividades .....	142
Quadro n.º 35: Quantidade de situações observadas em domicílio, segundo as categorias encontradas no item <i>feedback</i> .....	143
Quadro n.º 36: Dados obtidos através das entrevistas realizadas às três mãe .....	144

## LISTA DE ABREVIATURAS

---

ABA	<i>Applied Behaviour Analysis</i>
ANIP	Associação nacional de intervenção precoce
CIF-CJ	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para crianças e jovens
DEC	<i>Division of Early Childhood</i>
E1	Entrevista 1
E2	Entrevista 2
E3	Entrevista 3
EBR	Entrevista baseada nas rotinas
EE	Educação especial
EIFF	Escala de intervenção focada na família
ELI	Equipa local de intervenção
ICP	<i>Inclusive classroom profile</i>
IPI	Intervenção precoce na infância
JI	Jardim de infância
ISFC	Importância dos serviços focados na criança
ISFF	Importância dos serviços focados na família
JI ELI	Jardim de Infância – Equipa local de intervenção
JI MEC	Jardim de Infância – Ministério da educação e ciência
MEC	Ministério da educação e ciência
MS	Ministério da saúde
MTSS	Ministério do trabalho e solidariedade social
NEE	Necessidades educativas especiais
PEA	Perturbação do espectro do autismo
PEI	Programa educativo individual
PIIP	Programa individual de intervenção precoce
SFC	Serviços focados na criança
SFF	Serviços focados na família
SNIP	Sistema nacional de intervenção precoce na infância
TEACCH	<i>Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children</i>

---

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a educação e os cuidados na primeira infância ganharam uma posição de destaque na agenda europeia. O crescente número de iniciativas políticas promovidas pela Comissão e pelo Conselho da União Europeia, destinadas a incentivar o investimento na intervenção precoce de qualidade e acessíveis em todos os estados-membros, tem permitido um ponto de viragem cultural e político (Lazzari, 2017). A comunidade internacional também reconheceu o valor da IPI para crianças vulneráveis e suas famílias, estabelecendo um conjunto de iniciativas para os países mais pobres (Organização Mundial de Saúde & UNICEF, 2012, citado por Guralnick, 2015).

Apesar da considerável diversidade no que diz respeito ao sistema político e à extraordinária gama de recursos disponíveis para apoiar a IPI nos diferentes países e até entre as diferentes comunidades (Guralnick, 2008), por todo o mundo, famílias, profissionais, organizações da sociedade civil e governos defendem a melhoria dos serviços prestados à primeira infância em todos os setores – saúde, educação, proteção social e ação humanitária. Cada vez mais as escolhas políticas são guiadas por uma consciência de que quando mais cedo for iniciada a intervenção, maior retorno vai ser possível obter. No entanto, apesar da adoção destas estratégias e planos de ação para o desenvolvimento na primeira infância, da colaboração inter setorial, da formação dos profissionais e da implementação da prestação de serviços, ainda se verificam alguns entraves na prestação de serviços de IPI universal e de qualidade (Wertlieb, 2018).

Podemos, ainda dizer que os programas de desenvolvimento na primeira infância variam na coordenação e na qualidade, têm acesso inadequado e desigual, e que a implementação de programas é fragmentada e carece de maior coordenação. São urgentes programas equitativos na primeira infância para atingir os objetivos de desenvolvimento sustentável e para que as crianças desenvolvam as suas capacidades intelectuais, criatividade e bem estar necessários para se tornarem adultos saudáveis e produtivos (Black et al, 2017). Apesar do reconhecimento dos benefícios da intervenção precoce, a necessidade de novas iniciativas é bastante evidente, de forma a pôr em prática estes princípios e maximizar a sua aplicação na prática do dia a dia (Guralnick, 2015).

Desde o momento da implementação dos dois normativos em Portugal, com o Decreto-Lei n.º 3/2008 a determinar os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar, e nos ensinos básico e secundário dos setores público, cooperativo e particular e

o Decreto-Lei n.º 281/2009 que criou o SNIPI, que regula os apoios às crianças dos 0 aos 6 anos de idade, tem-se percorrido um caminho longo e complexo na organização dos serviços de IPI em Portugal, que eram caracterizados por uma considerável assimetria regional (Pinto et al, 2012).

Estes autores consideram que a coexistência de duas normas legislativas que regulam a IPI e a educação especial (EE), representam um sério desafio em torno da prestação de serviços, nomeadamente a crianças de idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos, uma vez que, para além das disposições legais serem diferentes, decorrem de princípios orientadores de prestação de serviços, também diferentes. Na opinião dos autores anteriormente citados, não sendo resolvido, este desafio poderia comprometer a eficácia dos serviços de intervenção precoce no nosso país.

Tendo como base os dois normativos e as práticas subjacentes a cada um, onde raramente é possível observar uma prática centrada na família, pensamos que é da responsabilidade dos profissionais contribuírem para uma mudança das expectativas dos pais face à IPI bem como envolvê-los na construção de uma nova cultura.

Estando a trabalhar desde 1988 na EE, sendo educadora de infância especializada em deficiência cognitiva e motora e, desde 2006 na intervenção precoce, com funções de docente e tendo sido coordenadora de uma equipa local de intervenção (ELI) do distrito de Lisboa entre outubro de 2011 (quando a mesma iniciou as suas funções a 4 outubro) e janeiro de 2017, pode dizer-se que *faço parte do processo de implementação* das ELI do SNIPI. Assim, a realização deste trabalho, no que diz respeito ao tema abordado, teve para nós, um interesse muito particular.

O nosso trabalho foi iniciado no ano de 2012, após a entrada em funcionamento das equipas locais de intervenção, por protocolo assinado a 21 de junho de 2011 pelos representantes do Ministério do Trabalho e Segurança Social (MTSS), Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação e Ciência (MEC), tendo como base o Decreto-Lei n.º 281 de 6 de outubro de 2009.

Interessava-nos que o estudo completasse, de alguma forma, o trabalho de Pimentel (2003b, 2005) sobre as perceções dos pais/famílias e dos técnicos/profissionais no que diz respeito à intervenção realizada no nosso país. Assim, numa parte do nosso estudo optámos por usar o mesmo instrumento utilizado no âmbito do doutoramento sobre a intervenção focada na família de Pimentel (2003b, 2005). De fato, apesar de ter passado mais de uma década sobre o seu estudo e de ter sido implementado um novo normativo, este continua a ser um tema atual.

Empenhamo-nos para que este trabalho trouxesse mais valia no campo de investigação nesta matéria, no que diz respeito à intervenção dos profissionais junto das crianças e das famílias que acompanham, quer por parte das ELI, quer da EE do MEC. Assim, foi nossa intenção investigar se as práticas, ao longo do tempo, se foram alterando e aproximando das que nos são descritas como recomendadas e que apresentamos na revisão da literatura. Para isso, introduzimos no nosso trabalho observações em contexto, com base na *Inclusive Classroom Profile*. Completamos o trabalho com entrevistas realizadas a três mães.

Foi nosso referencial o estudo seminal de Isabel Chaves de Almeida (2009), sobre o qual fizemos uma revisão aprofundada.

Ao longo do nosso trabalho, vamos também ter como base a obra de Carvalho et al, (2016) - Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância – um Guia para Profissionais e olhar a nossa pesquisa e análise de dados à luz deste mesmo guia.

O trabalho que apresentamos, intitulado *Análise de Práticas no Âmbito das Equipas Locais de Intervenção e da Educação Especial: Um estudo comparativo*, está organizado em três partes.

A primeira parte é constituída por dois capítulos. No primeiro apresentamos o enquadramento teórico e a revisão da literatura sobre os modelos conceptuais em intervenção precoce e as teorias que suportam a IPI: o modelo bioecológico de Bronfenbrenner e o modelo transaccional de Sameroff. Destacamos uma breve história da IPI e as práticas recomendadas, centradas na família, nas rotinas, nos contextos naturais e na consultoria colaborativa. Fazemos a referência à IPI em Portugal, à legislação vigente e à criação do SNIPI, referindo o projeto *IM2 – Intervir Mais, Intervir Melhor*. Apresentamos, igualmente, os avanços alcançados pela investigação na última década, dando especial relevância a trabalhos realizados em Portugal. Completamos este primeiro capítulo, com uma especial referência às crianças com perturbação do espectro do autismo (PEA), uma vez que a população da nossa amostra tem esta deficiência.

O segundo capítulo é dedicado ao objeto de estudo e as questões de investigação.

Na segunda parte do trabalho - método - apresentamos a caracterização dos participantes no estudo, os instrumentos, os procedimentos e o desenho do estudo.

A terceira parte é constituída por três capítulos. No primeiro capítulo apresentamos os resultados da Escala de Intervenção Focada na Família (EIFF),

adaptada por Pimentel (2003) da *Family Focused Intervention Scale* de Mahoney, O'Sullivan e Dennenbaum (1990), referentes à caracterização das perceções dos pais/famílias e dos técnicos/profissionais, das observações em contexto de creche e pré-escolar com base na *Inclusive Classroom Profile* (ICP) de Soukakou (2007), traduzida e adaptada provisoriamente por Corval et al, (2012). e das observações em contexto de domicílio com base na mesma escala. Apresentamos igualmente os resultados com base nas entrevistas realizadas a três mães.

No segundo capítulo fazemos a análise e discussão dos resultados de acordo com os objetivos do nosso estudo e as questões de investigação e, no terceiro capítulo, apresentamos as conclusões gerais do estudo, analisando o interesse do mesmo e as suas limitações, finalizando com um conjunto de recomendações com vista à melhoria da qualidade das práticas em IPI e que podem, também, orientar futuras investigações.

## **CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO E MODELOS CONCEPTUAIS EM INTERVENÇÃO PRECOCE**

### **1 Teorias que suportam a intervenção precoce na infância**

O estudo do desenvolvimento da criança ocupa um lugar de especial relevância na área das ciências humanas (Bhering & Sarkis, 2009), onde se inserem os campos da psicologia do desenvolvimento, psicologia social e psicologia educacional. Ao longo do tempo e das pesquisas realizadas, são visíveis mudanças qualitativas, no que diz respeito à maneira como a criança tem vindo a ser encarada e as interações desta com o meio envolvente.

Já em 1992, Bairrão referia que a evolução que temos vindo a testemunhar tem permitido uma reconceptualização teórica e prática, proveniente da necessidade de repensar algumas perspetivas devido ao seu cariz estático, ao enfoque em construtos teóricos sofisticados e à sua pouca aplicabilidade a problemas que se verificam na vida real das crianças.

Segundo Pimentel (2003b, 2005), a estrutura teórica que deu origem ao consenso científico que hoje existe, tem como base os modelos naturalistas que defendem a prevalência das características inatas do ser humano (Palácios 1993, 1995, citado por Pimentel, 2003b, 2005) e os modelos empiristas os quais postulam a relevância das experiências de vida para a construção do conhecimento (Altman & Rogoff, 1987, citados por Pimentel, 2003b, 2005). A união dos vários pontos de vista, permite-nos chegar a uma visão holística do desenvolvimento permitindo um entendimento mais profundo acerca de como a criança interage nos diversos contextos e das condições inerentes a um desenvolvimento saudável.

Atualmente os avanços nas ciências sociais e biológicas oferecem oportunidade para formular um enquadramento cada vez mais alargado, no sentido de promover uma nova geração de políticas e práticas para a IPI. Quanto mais positivas são as experiências precoces, mais se promove um desenvolvimento saudável do cérebro e a regulação dos sistemas orgânicos é facilitada.

De seguida apresentaremos as perspetivas teóricas que suportam a IPI de acordo com o modelo bioecológico de Bronfenbrenner e o modelo transacional de Sameroff. De uma perspetiva conceptual, a ciência do desenvolvimento baseou-se fortemente em modelos de sistemas que identificam caminhos pelos quais as influências ambientais ou

experienciais influenciam a muitos níveis o desenvolvimento da criança (Bronfenbrenner, 2001; Sameroff, 2009, citado por Guralnick, 2015). Esta abordagem vai permitir-nos analisar a sua influência nas mais recentes práticas de intervenção precoce.

### **1.1 Modelo bioecológico de Bronfenbrenner**

Durante a década de 1970, Bronfenbrenner procurou evidenciar a importância das inter relações entre organismo e meio, no processamento do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1994, 1995, citado por Almeida, 2009). Tal como refere Almeida (2000), o mesmo autor considerava que a criança deveria estar inserida nos diferentes contextos naturais, desde o mais restrito ao mais abrangente, tendo em consideração a influência entre eles. Nesta perspetiva, Bronfenbrenner vêm propor que se abandone o laboratório e que o estudo do desenvolvimento da criança seja realizado em contexto natural.

Na sua primeira teorização, Bronfenbrenner (1979, citado por Tegethof, 1996) propõe a teoria ecológica do desenvolvimento humano, e através dela reconhece que a sua preocupação foi intencional e essencial no que diz respeito à influência do meio envolvente, no desenvolvimento do indivíduo. Salienta, ainda, a necessidade de compreender o comportamento do mesmo, tendo em conta o conjunto de fatores que fazem parte do espaço em que se movimenta e vive, e que em cada momento influenciam o seu desenvolvimento. Este primeiro modelo dá ênfase, não só à interação da pessoa em desenvolvimento com outras pessoas, mas também com objetos e símbolos.

Nesta perspetiva, a pessoa em desenvolvimento é o centro de quatro níveis contextuais, que se vão tornando progressivamente mais complexos (Bronfenbrenner & Crouter, 1983, citados por Arroz 2015), sendo que estes níveis inter relacionados podem ser analisados a partir de uma ordem, cada vez mais complexa, em que cada um contém o nível anterior e em que a criança aparece como o centro.

O primeiro – microsistema - consiste no contexto mais imediato e próximo, onde o indivíduo atua diretamente e onde ocorrem os processos proximais com as famílias, a casa, a escola, o local de trabalho ou o grupo de pares. O segundo – mesossistema - refere-se às interações entre os microsistemas, nomeadamente as relações entre a família e a escola, que afetam indiretamente o comportamento da

criança. É considerado como terceiro nível - exossistema - a relação dos processos entre dois ou mais ambientes nos quais o indivíduo não atua diretamente, no entanto, apresenta influência no seu ambiente de forma indireta, por exemplo, o local de trabalho e a rede social da família e os contextos dos vizinhos e da comunidade. O quarto nível – macrossistema - integra os sistemas anteriores e refere-se a um contexto mais amplo que se relaciona com as questões da cultura, crenças, valores, estilos de vida e ideais.

Almeida (2009) salienta que esta nova conceptualização, para além do impacto que causou, veio sem dúvida servir de enquadramento conceptual a numerosas pesquisas e trabalhos académicos na área do desenvolvimento humano. No entanto, passados cerca de 20 anos, tal como Almeida (2009) refere é o próprio Bronfenbrenner, que se mostra desiludido com as investigações que vinha desenvolvendo e que a partir de 1989, se propõe reformular o modelo original, mas desta vez realçando a importância dos processos proximais.

Neste modelo bioecológico, Bronfenbrenner identifica em cada nível do sistema, os fatores que considera mais importantes para o desenvolvimento da criança, chamando a atenção para o fato de que as mudanças ocorrem ao longo do tempo, introduzindo o conceito de cronossistema, que permite analisar a influência que as mudanças ou continuidades no meio envolvente, ao longo do tempo, exercem na pessoa em desenvolvimento (Almeida, 2009).

Em 1999, o autor complementa a sua teoria, dando lugar a um modelo mais alargado, hoje denominado por perspectiva bioecológica do desenvolvimento, determinando dois princípios onde são clarificadas as propriedades do mesmo. O primeiro princípio formula o conceito de processo proximal, defendendo que o desenvolvimento humano acontece através de processos de interação recíprocos entre o organismo ativo e as pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato, como já referimos anteriormente. O segundo princípio destaca que os fatores como a forma, poder, conteúdo e direção do processo proximal que afetam o desenvolvimento, variam consoante a articulação entre as características do desenvolvimento da pessoa e os ambientes onde o mesmo (desenvolvimento) acontece.

Bronfenbrenner (1999, citado por Arroz, 2015) evidencia que, segundo o seu novo modelo, a pessoa torna-se igualmente produto e gerador de desenvolvimento. Assim, a perspectiva bioecológica, conhecida igualmente como PPCT – processo, pessoa, contexto e tempo - considera a importância dos contextos do micro, meso, exo e macro sistema para o desenvolvimento, salientando as características dos mesmos.

Segundo Almeida (2009), o processo refere-se aos processos proximais, funcionando como motor de desenvolvimento entre o organismo e o meio, que resulta da interação com o meio ambiente e os elementos deste. A pessoa, para Bronfenbrenner influencia o seu percurso de desenvolvimento a partir de características óbvias e observáveis biopsicológicas (biológicas, cognitivas, emocionais, comportamentais) como a idade, o género ou a aparência física; características não-observáveis como sejam a componente emocional e mental (inteligência, competência e experiência) e as intermédias como a motivação e a persistência.

O contexto corresponde ao sistema interrelacionado das estruturas propostas no modelo ecológico do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1979, citado por Almeida, 2009), mas com uma conceptualização mais alargada ao nível do microsistema, devido à integração das qualidades da pessoa na interação. O conceito de tempo prende-se com a ideia de desenvolvimento e estabilidade que pode ser relacionado com as mudanças nas características biopsicológicas que o indivíduo vai sofrendo ao longo da vida, que podem ser normativas, como a entrada na escola ou não normativas, como o divórcio dos pais.

Tal como refere Almeida (2009), neste novo modelo, outros conceitos-chave, como níveis da componente do tempo, micro, meso e macro tempo, foram considerados influentes na formação do percurso desenvolvimental, no que diz respeito às características pessoais, disposição, recursos biológicos e exigências inatas.

Esta reformulação do primeiro modelo de Bronfenbrenner, além de considerar o contexto de intervenção e as relações, passou também a atribuir relevância às características pessoais da criança e da família, no que diz respeito aos processos de desenvolvimento e aprendizagem (Bhering & Sarkis, 2009; Tudge, Mokrova, Hatfield & Karnik, 2009, citados por Arroz, 2015), tornando-se uma referência mundial no campo da IPI e nas práticas do trabalho desenvolvido com a criança e a família. Mendes (2010) e Correia (2011) referem que o mesmo se configura como uma base para as questões relacionadas com as políticas e práticas da IPI, uma vez que coloca em evidência a criança, o ambiente e as relações entre ambos.

## **1.2 Modelo transaccional de Sameroff**

Arroz (2015) refere que, à semelhança de Bronfenbrenner (1995, 1999), Sameroff (1975, 1983) defende um modelo contextualista em que a criança é, ao mesmo

tempo, produto e resultado do seu desenvolvimento, sendo necessário ter em conta a interação dinâmica entre os ambientes em que esta se encontra inserida e as características da própria criança. Segundo este autor, o desenvolvimento da criança não é um processo uniforme, linear e mecânico, mas sim o resultado das interações contínuas e dinâmicas entre a mesma e as experiências proporcionadas pela sua família e pelo contexto social. As características da criança tomam um papel ativo na forma como esta interage com o ambiente, influenciando-se reciprocamente (Sameroff & Chandler, 1975; Sameroff & Fiese, 2000, citados por Arroz, 2015).

O modelo transacional pressupõe que os resultados do desenvolvimento são a consequência de uma interação mútua entre o indivíduo e os contextos, onde o natural (nature – características pessoais como o temperamento e a personalidade da criança), e o ambiente (nurture – forma como é cuidada, o que obtém do contexto e das pessoas em redor) estão em constante mudança e interação (Sameroff, 2010).

É dado igual valor aos efeitos da criança no seu meio ambiente e ao meio ambiente na criança, não sendo este encarado como independente da criança (Sameroff & Fiese, 2000, citados por Arroz, 2015). De acordo com esta teoria, os elementos – criança e meio ambiente – estão em constantemente adaptação, organizando-se mutuamente a partir do comportamento uns dos outros. A ausência ou presença de um destes elementos irá sempre alterar a interação dos restantes (Bertalanffy, 1968, citado por Relvas 2000). Segundo Sameroff (2010), as mudanças desenvolvimentais, na relação entre a criança e o contexto, constroem-se com base num processo dinâmico e sucessivo entre mecanismos de regulação, impostos pelos outros e da autorregulação que a criança vai conquistado.

Sameroff (2010), no que diz respeito à teoria transacional, salienta que quaisquer dificuldades referidas na relação primária entre a mãe e o bebé passam a ser vistas com enfoque não apenas na mãe. Deve ser dada de forma idêntica, a importância, o que a criança traz para a relação e a interação entre ambas, assim como a importância da comunidade, através do conceito de influências distais. A relação com as famílias enquadra-se num conceito de influências proximais e figura como um fator importante e influente no desenvolvimento infantil.

O modelo transacional proposto por Sameroff está, segundo o mesmo, integrado num sistema regulador que é característico de todo o processo desenvolvimental (Sameroff 1995; Sameroff & Fiese, 1990, 1992, 2000, citados por Almeida, 2009). Este sistema regulador, que integra a criança e o contexto num modelo de desenvolvimento

coerente, incide nas relações desenvolvimentais estabelecidas entre a organização biológica da criança – o fenótipo, o genótipo e o mesotipo.

O fenótipo representa as características próprias e em mudança constante ao longo do processo de desenvolvimento da criança ou indivíduo. O genótipo corresponde ao nível de organização biológica que regula o seu desenvolvimento físico. O mesotipo foi um conceito desenvolvido por Sameroff para contrapor o genótipo e que corresponde ao nível da organização social que regula a forma como o indivíduo se ajusta à sociedade e a sua operacionalização através dos padrões de socialização familiar e cultural. (Sameroff, 1989, citado por Almeida, 2009). O comportamento da criança resulta, constantemente, das transações entre o fenótipo, genótipo e mesotipo.

Almeida (2009) refere, que Sameroff (1995) e Sameroff e Fiese (2000) defendem o código familiar enquanto um conjunto de valor e crenças que podem ser observados através do estudos das práticas e das representações familiares. A forma como os modelos das relações são desenvolvidas em contexto familiar guiam o indivíduo ao longo do tempo, proporcionando um sentimento de estabilidade. Estes padrões são repetitivos e proporcionam um sentimento de coerência e identidade. Beckman, Robinson, Rosenberg e Filer (1994, citados por Pereira & Serrano, 2014), defendem que os programas de IPI devem ser planeados e implementados cuidadosamente, levando em consideração a complexidade de cada família, a necessidade de utilizar estratégias de intervenção que consolidam a diversidade de crenças, valores e estilos de funcionamento da família, não esquecendo, que estas famílias são unidades dinâmicas que ao longo do tempo vão apresentando mudanças.

A constituição do mesotipo ou do contexto social, em que a criança se desenvolve, é fundamental para compreendermos a forma como o desenvolvimento se processa e, caso seja necessário, desenhar um programa de intervenção. A partir daqui, consideram necessário identificar o que designa por pontos nodais, em que as estratégias de intervenção podem incidir e que se encontram na tríade entre a criança, a família e os sistemas culturais, nomeadamente quando ocorrem regulações desenvolvimentais.

Estas regulações desenvolvimentais dividem-se em três categorias: (1) macrorregulações – mudanças importantes nas experiências que se prolongam ao longo do tempo e que estão ligadas ao código cultural (e.g., entrada no jardim de infância); (2) minirregulações – atividades diárias de prestação de cuidados e que estão ligadas ao código familiar (e.g., alimentação, vestir, higiene); e (3) microrregulações – interações momentâneas entre a criança e o cuidador e que estão ligadas ao código individual dos

pais (e.g., padrões de interação que aumentam ou diminuem comportamentos inadequados da criança).

No que diz respeito à IPI, o modelo transacional tem implicações ao nível da identificação de objetivos e estratégias de intervenção. No que diz respeito ao desenho da intervenção, é importante analisar cuidadosamente o sistema regulador de forma a perceber onde há necessidade de maior incidência e tornando-o mais eficaz. Através da observação dos pontos fracos e fortes, podem identificar-se objetivos, minimizando a intervenção e aumentando em simultâneo a sua eficácia.

Assim, o modelo proposto por Sameroff identifica três categorias de intervenção, consoante a necessidade de uma alteração no comportamento da criança, nas perceções das famílias relativamente à criança ou numa adequação das competências das famílias, de forma a repor uma boa regulação no sistema desenvolvimental (Sameroff, 1995; Sameroff & Fiese, 1990, 2000; Sameroff & MacKenzie, 2003, citados por Almeida, 2009).

As três categorias de intervenção (macrorregulações, minirregulações e microrregulações), dão origem a três processos. A remediação – alteração de uma condição identificada na criança - é, normalmente, desenvolvida por um profissional, fora do sistema familiar e vai alterando a forma como a criança se comporta em relação às famílias, sendo que a decisão a tomar, terá de ser considerada como apropriada ou viável (e.g., medicação dada para controlar a hiperatividade) e a redefinição – modificação na forma como as famílias percecionam a criança no caso de a verem como desajustada relativamente aos seus códigos familiares. O terceiro processo, denominado reeducação, incide na passagem de novos conhecimentos e competências às famílias, tendo como objetivo ensinar os mesmos a prestar cuidados aos seus filhos quer a nível dos cuidados básicos (e.g., mães adolescentes) quer em relação a aspetos mais específicos (posicionamentos ou técnicas de alimentação). A intervenção deve focar-se nos pontos fortes da criança e no seu possível reconhecimento por parte das famílias, alterando a forma como estes interpretam o comportamento da criança. A decisão a tomar, em determinadas situações, para identificação das causas das dificuldades é se estas se devem à dificuldade na interação pais-criança, se existe uma inadequação das perceções das famílias ou se estes, simplesmente, não têm as competências necessárias para desempenharem adequadamente as suas funções.

O modelo transacional, ao considerar o conjunto criança-contexto ambiental como um sistema hierarquizado, onde a criança e a família são sistemas organizados

com regras próprias, permite intervir apenas ao nível da criança ou da família com efeitos que se podem estender a outros níveis do sistema de prestação de cuidados. Nestas intervenções existe uma preocupação constante quer no ajuste da criança ao sistema regulador, quer em ajustar o sistema regulador à criança, tal como Bronfenbrenner descreve no seu modelo bioecológico (Bronfenbrenner, 1989; Bronfenbrenner & Cecci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 1998, citados por Almeida, 2009). Salienta, igualmente, a importância de se considerar as características da pessoa em desenvolvimento inserida no sistema ecológico de níveis integrados e interrelacionados, recolocando as interações como aspeto central na compreensão do processo de desenvolvimento.

Não podemos esquecer que as teorias bioecológica e transacional se influenciaram reciprocamente ao longo das décadas de 70, 80 e 90 do século XX, onde a última teoria transacional considera o conjunto criança-contexto ambiental como um sistema hierarquizado, onde a criança e a família são sistemas organizados com determinadas regras.

Almeida (2009) reflete sobre o trabalho de Bronfenbrenner em paralelo com o de Sameroff, salientando o fato de o modelo ecológico do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner) surgir um passo à frente do modelo transacional e que o modelo bioecológico retoma alguns dos conceitos chave do modelo de Sameroff.

## **2 A intervenção precoce na infância centrada na família e nos contextos**

Ao longo do nosso trabalho, temos vindo a referir que as práticas de intervenção se devem enquadrar nas teorias atuais do desenvolvimento que destacam a sua natureza transacional e sistémica, sendo este o objetivo da IPI onde o foco principal é o de promover a aprendizagem e o desenvolvimento da criança.

Com base em resultados de muitas pesquisas chegou-se a um consenso relativamente grande sobre as principais características das intervenções que promovem a aprendizagem e o desenvolvimento na criança. A intervenção deverá decorrer em ambientes naturais (Hoffman, 2016; Pereira & Serrano, 2014), deve ser individualizada, inserida nos contextos de vida da criança (Pereira & Serrano, 2014), comunidade, família e nas rotinas (Augusto, Aguiar & Carvalho, 2014; Boavida-Silva, 2013) envolvendo todos os parceiros interativos e aproveitando ao máximo as oportunidades de aprendizagem que vão surgindo.

## 2.1 Breve história da intervenção precoce

Um longo caminho foi percorrido até ao que se considera serem hoje as práticas de IPI mais corretas e recomendadas. As práticas recomendadas para a intervenção precoce, no início do século XXI, são de um modo geral baseadas, quer em evidências, quer em valores. Valores que emergem das convicções dos investigadores que as desenvolvem teoricamente e dos profissionais que as implementam no terreno e que acreditam com determinação na sua adequação e eficácia. Nos últimos 20 anos, o campo da IPI tem vindo a evoluir acompanhando a investigação, quer sobre a IPI, quer sobre o desenvolvimento da criança, refletida nas práticas recomendadas que se inserem no trabalho centrado na família, nos contextos e nas rotinas naturais da criança e da família, na funcionalidade e transdisciplinaridade (Carvalho et al, 2016; Division for Early Childhood, 2014; Sandall, McLean & Smith, 2000, citados por Boavida, Aguiar & McWilliam, 2018).

Os teóricos e os investigadores continuam a afirmar que existe ainda um grande hiato entre a teoria e a prática e defendem o desenvolvimento da investigação com a subsequente divulgação dos resultados, de forma a que esta leve a uma crescente utilização de práticas baseadas nas evidências (Bruder, 2000; Cutspec, 2004; Dunst, 2000a; Dunst, Trivette & Cutspec, 2002 a,b; Guralnick, 2005; Odom, Brantlinger, Gersten, Horner, Thompson & Harris, 2005; Odom & Wolery, 2003; Rapport, McWilliam & Smith, 2004; Shonkoff & Phillips, 2000, citados por Almeida, 2009).

Na década de 60 do século XX, na América aparecem os primeiros programas de IPI. O primeiro financiamento do governo destinava-se a desenvolver um programa de intervenção para crianças pequenas (Guralnick & Bruder, 2016). Eram programas centrados na criança, destinavam-se a crianças desde bebés à idade pré-escolar consideradas em risco de desenvolvimento pelo estatuto socioeconómico das suas famílias, e só mais tarde os programas começaram a abranger crianças com deficiência e em risco biológico (Pimentel, 1999). Tinham como objetivo evitar o agravamento dos défices, atenuá-los ou eliminá-los. Designados por modelos de primeira geração, tinham uma vertente biomédica e terapêutica, decorriam normalmente em estruturas especializadas e tinham como alvo a criança e as suas problemáticas (Bairrão & Almeida, 2003) e apostavam em práticas monodisciplinares.

Durante a década de 80, surge o modelo de IPI de segunda geração. Neste novo modelo as práticas não se centravam exclusivamente na criança com problemas,

alargando-se a uma intervenção na família e na comunidade. Dunst, com as suas teorias fundamentadas em evidências, vêm salientar o papel que o apoio social, o protagonismo da família e das redes sociais de apoio existentes na comunidade, podem ter no desenvolvimento da criança e na construção e fortalecimento das competências e autoconfiança das famílias (Dunst, Trivette & Deal, 1988, citados por Almeida, 2009).

Um década depois, surge o que Dunst designa por programas de terceira geração de IPI. Estes assentam nas práticas de ajuda centradas na família e baseadas na evidência, englobando como elementos fundamentais as oportunidades de aprendizagem da criança, o apoio às competências das famílias e o enfoque nos recursos da família e da comunidade (Dunst 2000, citado por Almeida, 2009; Pinto et al, 2009b).

Estes programas surgem na sequência do que Dunst, em 1985, definiu como sendo intervenção precoce. Só mais tarde e tendo em conta a comunidade como pano de fundo, as práticas da intervenção precoce alteraram o seu foco, centrando-se na família (Almeida, 2011; Shonkoff, 2010). Dá igualmente um enfoque à promoção das competências dos pais e da família, que considera como a principal estratégia com vista ao apoio e fortalecimento da criança, através da promoção de competências, assente em modelos de promoção, capacitação, parceria, baseados nas forças e nos recursos centrados na família.

Meisels e Shonkoff (2000) referem que a IPI consiste num conjunto de serviços multidisciplinares proporcionados às crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos, com o objetivo de: promover a sua saúde e bem estar; promover competências emergentes; minimizar atrasos de desenvolvimento; remediar incapacidades existentes ou emergentes; prevenir a sua deterioração funcional e promover a função adaptativa e o funcionamento do conjunto da família. Salientando que nas metas da IPI se configura a estimulação das competências da criança, a minimização das suas dificuldades e o *empowerment* da família (Byington & Whitby, 2011, citados por Nunes & Araújo, 2014).

Atualmente, defende-se para a IPI a prestação de serviços interdisciplinares e transdisciplinares, onde os recursos e os serviços da comunidade colaboram entre si de forma a que a intervenção seja prestada nos contextos naturais de vida da criança e da família, através de uma perspectiva global, onde os vários profissionais e serviços trabalham em consonância e parceria, entre si e com a família (Dunst & Trivette, 2009). A IPI continua sendo um processo de solução de problemas envolvendo a família, os profissionais e outros suportes dentro da comunidade (Guralnick, 2017b).

Mahoney e MacDonald (2007), defendem que a vida familiar é rica na capacidade de proporcionar à criança diferentes experiências e oportunidades de aprendizagem como parte do seu dia a dia, e que a qualidade das experiências proporcionadas pelas famílias tem um impacto muito significativo no desenvolvimento dos seus filhos, independentemente da qualidade e quantidade dos brinquedos e materiais que as crianças tenham em casa ou dos serviços educativos e terapêuticos que recebam.

Os mesmos autores (Mahoney & MacDonald, 2007) justificam a influência primordial das famílias no desenvolvimento da criança apresentando três razões. Em primeiro lugar, eles estabelecem com a criança uma relação de afeto e vinculação que mais ninguém pode substituir; em segundo porque a aprendizagem e o desenvolvimento da criança é um processo contínuo que pode ocorrer em qualquer situação do dia a dia em que a criança esteja ativamente envolvida e, por último, mesmo que estes tenham tempo limitado para estar com a criança, devido às suas responsabilidades, as famílias têm muito mais oportunidades para interagir e promover o desenvolvimento dos filhos do que qualquer outro adulto ou profissional alguma vez terá.

Acar e Akamoglu (2014) referem que as famílias detêm informações valiosas sobre o desenvolvimento dos seus filhos e aprendem a observar o seu potencial fora do sistema de educação e clínico. Assim, o profissional deve ser capaz de estabelecer relações positivas e efetivas de forma a identificar as necessidades, interesses, preocupações e recursos e ajudar a estabelecer um entendimento partilhado entre si próprio e a família. Para isso é necessário que o profissional respeite, reconheça e responda à diversidade de necessidades e interesses da família. O profissional tem de conseguir separar o seu filtro pessoal das expectativas da família, de forma a que a intervenção seja bem sucedida (Rush & Shelden, 2008).

Golubović, Marković e Perović (2015) salientam que a inclusão das famílias no processo de desenvolvimento da criança, parece ser de importância crucial e um fator chave para o sucesso da intervenção. Apesar destes se depararem com o problema do seu filho, a intervenção precoce ajuda-os a lidar com eventuais frustrações e desafios, visando fortalecer o seu potencial de parentalidade, autoconfiança e redução do stresse, aumentando a sua sensibilidade em relação à criança e às suas capacidades e necessidades. Quanto mais as famílias estão envolvidos na intervenção, maiores são as evidências de que as crianças apresentam resultados cada vez mais positivos (McBride et al, 2017).

Os profissionais devem estar sensibilizados para a necessidade de intervir e prevenir o risco sócio-emocional, uma vez que os conselhos e informações que disponibilizam exercem uma forte influência na família, podendo-se verificar que profissionais diferentes dão conselhos distintos (Simeonsson, 1998, citado por Fuertes, 2011). A intervenção centrada na família deve fornecer informação correta e atualizada que permitirá a redefinição das concepções parentais centradas nas perceções e interpretações que as famílias possam fazer acerca do comportamento do seu filho, encorajando-os a ver as dificuldades como temporárias e valorizando os pontos fortes da criança (Rantala, Uotinen & McWilliam, 2009; Sameroff & Fiese, 2000).

## **2.2 Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância**

Historicamente, a noção de práticas recomendadas data de um trabalho de Bailey e McWilliam (1993, citados por Almeida, 2009) que referem as práticas centradas na família, em que esta é a unidade de intervenção e as famílias têm o poder de decisão relativamente aos objetivos e estratégias de intervenção. Também as práticas inclusivas de plena participação nos cenários de desenvolvimento dos seus pares é um direito das crianças com necessidades educativas especiais (NEE), além de se traduzirem em ganhos que beneficiem de uma atenção individualizada. Referem igualmente as práticas desenvolvimentalmente adequadas, com atividades de ensino/aprendizagem que consideram a idade de desenvolvimento da criança e as suas características individuais e que deverão estar integradas nos jogos e nas rotinas do dia a dia e práticas de coordenação de serviços (prestar serviços integrados e de qualidade implica uma colaboração e coordenação eficaz entre os diferentes serviços envolvidos e a existência de um coordenador de serviços). No entanto, os autores chamam a atenção para a análise cuidadosa de cada caso, antes da tomada de decisão das práticas mais adequadas e eficazes. Segundo a *DEC Task Force on Recommended Practices* (1993), o termo *melhores práticas* é substituído por *práticas recomendadas* ou *indicadores de qualidade*.

Segundo Almeida (2009), na sequência de um estudo apresentado pela *Division of Early Childhood for Exceptional Children* (DEC – CEC) que visava a identificação das práticas recomendadas em IPI e EE, não só foram identificadas 405 práticas recomendadas, como foram traçadas linhas de orientação para a prestação de serviços. Partindo deste estudo, Strain, Smith e McWilliam (1996) analisaram os princípios que

consideraram que a prestação de serviços de IPI e EE precoce deverão ter como referência:

- 1º Normalização - proporcionando às crianças serviços nos contextos naturais, promovendo um grau máximo de participação;
- 2º Serviços centrados na família - que reconhecem a unidade criança-família e respondem às preocupações e necessidades da família, permitindo que esta participe na intervenção;
- 3º Serviços transdisciplinares - que promovem a troca de papéis entre profissionais de diferentes disciplinas e a participação da família;
- 4º Práticas empiricamente fundamentadas ou baseadas em valores - que promovem práticas solidamente fundamentadas em trabalhos empíricos ou *baseadas em valores* sólidos que emergem da prática;
- 5º Práticas desenvolvimentalmente adequadas ao nível do desenvolvimento da criança e às suas necessidades individuais e práticas multiculturais sensíveis.

Em 2014 a *Division of Early Childhood* – (DEC) publica novo documento - *Recommended Practices in Early Intervention/Early Childhood Special Education* - que fornece orientações aos profissionais e às famílias sobre as formas mais eficazes de melhorar os resultados da aprendizagem e como promover o desenvolvimento de crianças em idades precoces, desde o nascimento até aos 5 anos, que estejam ou tivessem estado em risco de atraso no desenvolvimento ou com deficiências. Este documento pretendia que fosse preenchida a lacuna entre a pesquisa e a prática e destacava as práticas que resultaram melhor para este tipo de crianças, suas famílias e profissionais. Este conjunto de práticas servem de apoio ao acesso e à participação das crianças em ambientes inclusivos e ambientes naturais e abordam a diversidade cultural, linguística e de habilidades. Também identificam as principais responsabilidades de liderança associadas à implementação das práticas.

As práticas devem ser implementadas por quem tem conhecimento adequado a do desenvolvimento das mesmas, boa compreensão sobre as diretrizes profissionais e legais, quem saiba agir de acordo com os princípios éticos e que se empenhe na formação contínua de forma a aumentar os seus conhecimentos.

De acordo com a DEC (2014), as práticas recomendadas de orientação para profissionais, dividem-se em sete áreas temáticas sobre: (1) avaliação – processo de recolha de informação para fins de triagem, determinação de elegibilidade, planeamento individual, monitorização dos progressos da criança e dos resultados; (2) ambiente –

espaço, materiais, equipamentos, rotinas e atividades que os pares e as famílias podem alterar intencionalmente para apoiar a aprendizagem da criança nos seus ambientes naturais e inclusivos durante as rotinas; (3) família – atividades que promovam a participação das famílias na tomada de decisões relacionadas com o seu filho, levar ao desenvolvimento de um plano de serviços e apoiar as famílias para alcançar os objetivos que eles tem para o filho e para os outros membros da família; (4) instrução – práticas que a família e os profissionais usam para maximizar a aprendizagem e melhorar o desenvolvimento e a funcionalidade das crianças; (5) interação – práticas sensíveis e responsivas que promovam o desenvolvimento da linguagem e a competência cognitiva e emocional de uma criança e que os profissionais devem planear de forma a que a criança se envolva nas práticas nos vários ambientes, rotinas e atividades; (6) formação e equipas de colaboração – que promovam e mantenham parcerias colaborativas de adultos, relacionamentos e interações contínuas para garantir que os programas e serviços atinjam os resultados e metas desejados para a criança e família e (7) transição – práticas que promovam convenientemente alterações importantes em ambientes ou programas durante os primeiros anos de vida e que ajudem as crianças e as famílias nas adaptações aos novos ambientes.

Quando a DEC refere as práticas da família, engloba três temas fundamentais. Em primeiro lugar as práticas centradas na família em que a principal preocupação é que estas sejam tratadas com dignidade e respeito, facilitando informação para a tomada de decisões envolvendo todos os membros, em segundo as práticas de capacitação familiar que incluem a oportunidade de experiências, conhecimentos que promovam e fortaleçam a parentalidade e em terceiro a colaboração familiar e profissional onde constroem práticas de relacionamentos entre ambos, que trabalham juntos para alcançar bons resultados.

Para que a intervenção através das práticas centradas na família seja desenvolvida em pleno, Dunst e Bruder (2002) salientam a necessidade de uma boa coordenação de serviços e recursos. Quando existe, tem como principais resultados: o acesso mais fácil aos serviços, melhor informação às famílias, maior disponibilidade de financiamentos, melhoria da qualidade dos serviços, maior disponibilização de apoios e recursos, melhor relacionamento entre a família e os profissionais, melhoria da qualidade de vida e bem estar dos pais e da família.

No que respeita à melhoria nos resultados a nível da criança e indicadores mais positivos de satisfação dos pais e das famílias, Harbin, McWilliam e Gallagher (2000,

citados por Almeida, 2009) referem que estes são mais evidentes quando há um sistema de prestação de serviços mais abrangente e coeso, constituído por uma rede coordenada de serviços e recursos de uma comunidade a trabalhar em colaboração.

O modelo transdisciplinar é o preconizado na intervenção centrada na família e reconhecido por vários investigadores (Cabral, 2006; Mendes, 2010; Pereira & Serrano, 2010), como a organização de equipa mais adequada na IPI. Este modelo, para além de ser facilitador de uma avaliação mais abrangente e de uma planificação unificada, evidência, no âmbito da IPI, vantagens como o estabelecimento de relação e passagem de informação com o técnico (apenas um) e elaboração de um plano de intervenção coerente segundo uma abordagem holística (Almeida et al, 2011; Bairrão & Almeida, 2003; Guralnick, 2011). O papel do responsável de caso, com já referimos anteriormente, é o do profissional que apoia diretamente a família e no qual estão concentrados os recursos e informações necessários à mesma (Carmo, 2004; Pimentel, 2005, Carvalho et al, 2016).

Formar equipas cooperativas, organizadas em trabalho de transdisciplinaridade, não é fácil. Pressupõe a existência de um conceito de equipa mais forte, estruturada e dinâmica (Caldeira, Seixas & Piscalho, 2017), que consegue sistematizar a elaboração dos programas individuais de apoio e estabelecer e implementar procedimentos regulares de registo da evolução das situações, participação das famílias, avaliação de serviços, satisfação das famílias e dos resultados obtidos. Embora tenha sido constatado que os profissionais têm, relativamente às suas práticas, uma perceção que se aproxima, em alguns aspetos de abordagens centradas na família e na comunidade, nem sempre esta perceção coincide com o que, de fato, implementam no terreno.

Atualmente, a IPI é considerada uma área prioritária em muitos países, que a veem como um investimento eficaz e rentável, também em termos económicos (Guralnick, 2007). Existe uma filosofia fortemente preventiva que considera como objetivo da IPI, prevenir ou minimizar os problemas do desenvolvimento resultante de situações de risco biológico ou ambiental, bem como de situações já com alterações do desenvolvimento estabelecidas, a par de um consenso alargado relativo ao direito, que tem essas crianças e as suas famílias, a um atendimento em programas de IPI, sem o qual a situação tende a gravar-se.

Franco (2007) realça que os grandes objetivos da IPI são a criação de condições mais facilitadoras de um bom desenvolvimento que permitam eliminar ou diminuir o risco, facilitar a integração da criança no meio familiar, escolar e social e a sua

autonomia pessoal, através da redução dos efeitos de uma deficiência ou défice, reforçar as boas relações e competências familiares através da promoção de uma boa base emocional de suporte e introduzir mecanismos de compensação e eliminação de barreiras. Não esquecendo que a criança é um sujeito ativo no processo que envolve a comunidade e fomenta redes de suporte à criança e à família.

### **2.3 Práticas centradas na família**

Desde os anos 80 que temos vindo a assistir ao deslocar do foco da intervenção na criança para a família e para o meio envolvente, bem como à substituição de um modelo de tratamento ou prevenção, por um modelo de promoção de competências, o que se traduziu no enfatizar de práticas de intervenção dentro de uma perspectiva centrada na família e na comunidade (Dunst, 1985, citado por Almeida, 2009).

Numa intervenção centrada na família, como já referimos anteriormente, a unidade de enfoque deixa de ser a criança e passa a ser o conjunto da família que inclui a criança, com o objetivo de melhorar a condição e o desenvolvimento da mesma (Golubović, Marković & Perović, 2015). Para Guralnick (2017a) a pedra angular da IPI sempre foi a individualização nas abordagens de apoio, dando ênfase aos relacionamentos emergentes caracterizados pela cooperação, sincronia e ambiente positivo.

As decisões da família devem ser apoiadas e respeitadas e os serviços prestados à mesma, devem demonstrar preocupação em fortalecer o seu funcionamento e de manter e melhorar o bem estar da unidade familiar (Bailey, 1994; Bailey & McWilliam, 1993; Dunst, Trivette & Deal, 1988; Turnbull, Turbiville & Turnbull, 2000, citados por Almeida 2009). Estas práticas empiricamente fundamentadas ou baseadas em valores, correspondem a uma preocupação que se tem vindo a revelar crescente ao longo da década de 1990 e no início do século XXI.

O *Beach Center on Families and Disability* (Murphy, Lee, Turnbull & Turbiville, 1995, citados por Almeida, 2009), define como práticas centradas na família aquelas que, dão o poder de decisão à família e as envolve no planeamento, avaliação e intervenção. Intervêm junto da família e não apenas junto da criança, definem objetivos e a intervenção em função das prioridades da família e respeitam a escolha da família no que diz respeito ao seu grau de envolvimento no programa.

Dunst (2012) refere que em 1966, Roffwarg, Muzio e Dement desenvolveram um estudo através de alguns cálculos simples que mostravam que a intervenção ou terapia duas vezes por semana centrada na criança e na ausência do envolvimento das famílias, representa apenas cerca de 2% do total de horas de vigília de uma criança de 1 ano de idade, logo tempo insuficiente para que qualquer tipo de intervenção faça diferença significativa na vida de uma criança.

Podemos considerar que existem linhas mestras que se mantêm ao longo dos estudos. A família como uma unidade de intervenção, que deve ser capacitada e fortalecida, a individualização da intervenção, a parceria família-profissionais, o poder de decisão da família até ao nível do seu não envolvimento, caso seja esse o seu desejo, o responder às preocupações e necessidades, proporcionar-lhe toda a informação e respeitar a sua cultura e os seus valores e trabalhar com a família e comunidade no sentido de desenvolver redes formais e informais de qualidade que a apoiem eficazmente.

De fato, as crianças aprendem através das interações repetidas com o ambiente (nos contextos de vida e com os adultos significativos) e ao longo do tempo (a todas as horas do dia) (Boavida, Aguiar & McWilliam, 2018). O trabalho centrado na família, implica uma mudança de atitude que tem sido difícil para os profissionais, mas também para as famílias que estão habituadas a ter um papel de submissão e dependência (Bailey, 1994; Turnbull, Turbiville & Turnbull, 2000; Weston, Ivins, Heffron & Sweet, 1997, citados por Almeida, 2009).

Guralnick (2005) salienta a divergência existente a nível do sistema de IPI, e acentua a necessidade de se desenvolver um sistema abrangente de serviços de alta qualidade, capaz de incorporar o conhecimento conceptual, empírico e prático hoje disponível e propor um modelo de sistemas desenvolvimental para a IPI, com base num conjunto de princípios que se aproximam dos que foram identificados por Odom e Wolery (2003, citados por Almeida, 2009) e com as práticas atualmente recomendadas.

Para estes autores, o conceito de intervenção centrada na família é, ao mesmo tempo, uma filosofia e um conjunto de práticas empiricamente validadas. Enquanto filosofia, a família é o centro de todos os serviços e apoios, enquanto conjunto de práticas validadas pela investigação, inclui tratar a família com dignidade e respeito, ser sensível à diversidade cultural e socioeconómica da família, proporcionar escolhas à família em função das suas preocupações e prioridades, proporcionar toda a informação à família, para que ela possa tomar decisões fundamentadas, utilizar os recursos

informais da comunidade, como fontes de apoio e utilizar práticas de ajuda que fortaleçam e promovam as suas competências. É necessário que os programas de IPI sejam compatíveis com a família em termos de objetivos e valores a fim de obter os melhores benefícios Guralnick (2008).

Neste mesmo trabalho, Guralnick apresenta dez princípios da IPI que são consensuais a nível internacional, que podem ser úteis na concepção ou no fortalecimento do sistema de IPI. Atualmente é evidente que os programas de IPI têm tomado formas diferentes com prioridades e metas, mas o seu principal objetivo é o de criar condições em todas as comunidades, nas quais crianças vulneráveis e as suas famílias possam prosperar:

- ✓ Princípio 1 – Perspetiva Desenvolvimental do Sistema de Intervenção Precoce - sendo o objetivo da IPI fortalecer as famílias, de forma a otimizar os padrões familiares de interação;
- ✓ Princípio 2 – Integração e Coordenação em todos os Níveis do Sistema - garantem que os serviços sejam mais acessíveis e adequados para a criança e a família;
- ✓ Princípio 3 – Inclusão e Participação de Crianças e Famílias nos Programas da Comunidade - garantem que a inclusão é maximizada, aproveitando as oportunidades e os ambientes típicos de aprendizagem, permitindo à criança o relacionamento entre os pares, e à família o envolvimento na comunidade;
- ✓ Princípio 4 – Procedimentos de Detecção e Identificação Precoce - garantem que as crianças com problemas são atendidas de forma a alcançarem o seu potencial de desenvolvimento;
- ✓ Princípio 5 – Vigilância e Monitorização do Desenvolvimento - as crianças que não são imediatamente elegíveis, mas evidenciam alguns fatores de risco, têm acesso a um programa com estratégias preventivas que garanta que as famílias continuam ligadas ao sistema;
- ✓ Princípio 6 – Todas as Componentes do Sistema de Intervenção Precoce são Individualizadas - assegurando que cada criança e família sejam adequadamente avaliadas e que a informação obtida seja utilizada para fortalecer as famílias, garantindo a sua participação plena na Comunidade;

- ✓ Princípio 7 – Avaliação e *Feedback*, em todas as Componentes do Sistema - assegurando que as metas, objetivos e avaliações são adequadamente colocadas em prática;
- ✓ Princípio 8 – Parcerias com as Famílias com Sensibilidade - às suas diferenças culturais e compreensão das implicações desenvolvimentais – garantindo que os programas de IPI sejam compatíveis com a diversidade de cada família e que as metas e objetivos traçados possam ser trabalhados nas rotinas e interações familiares diários;
- ✓ Princípio 9 – Recomendações às Famílias e Práticas de IPI Baseadas em Evidências - garantido que toda a informação esteja acessível às famílias, e que os profissionais recebem formação de acordo com estas práticas baseadas na evidência;
- ✓ Princípio 10 – Perspetiva Desenvolvimental do Sistema em todas as suas Componentes - assegurando um processo dinâmico, capaz de responder a mudanças de valores, prioridades, recursos e possibilidades.

A partir da abordagem desenvolvimental dos sistemas de Guralnick (2001, 2005 a, 2011), Pinto et al, (2012) analisaram os princípios mais importantes que se inserem na legislação portuguesa: Orientação desenvolvimental, Inclusão e Integração, e Coordenação de serviços.

- ✓ Princípio da Orientação Desenvolvimental - IPI centrada na família e organizada segundo as necessidades, características e problemas da criança, de forma a fortalecer as famílias;
- ✓ Princípio da Inclusão - da criança nos ambientes naturais de forma a maximizar a participação da criança e da família nas atividades típicas dos contextos normais da comunidade;
- ✓ Princípio da Integração/Coordenação de serviços - trabalho em equipa na avaliação, intervenção, elaboração e desenvolvimento do PIIP e sua implementação e que apresenta como entrave os dois normativos existentes em Portugal (Decreto-Lei n.º 3/30018 e Decreto-Lei n.º 281/2009).

A partir destes princípios para a IPI, e do esquema apresentado por Bruder e Guralnick (2012, p.268), os autores acima referidos (Pinto et al, 2012) analisam as diferentes componentes da IPI em Portugal

- ✓ Triagem e Referenciação - que são normalmente realizados por serviços de hospitais e clínicas;
- ✓ Monitorização e Vigilância - a IPI deve assegurar programas de monitorização e vigilância a crianças e famílias que não são imediatamente ilegíveis para intervenção;
- ✓ Ponto de acesso/entrada no sistema) - a informação sobre os serviços de IPI é pouco clara, a legislação e as orientações técnicas não especificam os diferentes serviços para as crianças com deficiência ou em risco de atraso de desenvolvimento;
- ✓ Avaliação Interdisciplinar Abrangente - a legislação não refere orientações concretas pelo que, frequentemente, a avaliação por parte dos profissionais das equipas, se limita à análise dos relatórios/formulários que lhes chegam;
- ✓ Elegibilidade - as crianças devem cumprir critérios dentro dos dois grupos de elegibilidade: (1) alterações nas funções ou estruturas do corpo; e (2) risco grave de atraso de desenvolvimento, devendo neste caso apresentar quatro critérios de risco, para serem elegíveis para intervenção na IPI;
- ✓ Avaliação dos fatores de stresse/risco - que se devem concentrar nas necessidades e recursos da criança e da família;
- ✓ Desenvolvimento e Implementação dos Programas de Intervenção - através de medidas e ações necessárias que garantam a complementariedade dos serviços e promovam a cooperação entre as partes envolvidas, na implementação do plano;
- ✓ Monitorização e Avaliação dos Resultados - eficaz sobre as evoluções da criança e da família;
- ✓ Planeamento da Transição - para o 1º ciclo, através da harmonização entre os objetivos do PIIP e do PEI, de forma que não traga à criança e à família muitas alterações nas rotinas que possam vir a causar stresse.

Pereira e Serrano (2014) defendem que, direta ou indiretamente, o apoio à criança tem um grande impacto sobre a família, da mesma forma que a família tem um grande impacto na criança. Assim, o apoio que envolve a família é muito mais poderoso do que aquele que é exclusivamente centrado na criança. A família constitui um

elemento comum e central, sendo vista como uma parte do sistema da rede social que engloba não só os pais, mas também outros membros da família, vizinhos, amigos, escola e outros.

Dunst, Trivette e Hamby (2008, citados por Hoffman, 2016) realçam que as práticas centradas na família devem sempre, envolver ativamente todos os membros da mesma, de forma a encontrar os recursos e apoios necessários para cuidar do seu filho. Segundo Dunst (2017) as práticas baseadas em pontos fortes da criança, ou seja em fatores relacionados com a criança que influenciam o envolvimento da mesma nas atividades diárias e os fatores ambientais sociais e não sociais que incentivam e sustentam a participação da criança nas atividades, tem de ser levados em consideração. Esta intervenção baseada em forças mostrou-se mais eficiente em termos de promoção de aquisições comparada com uma abordagem baseada no défice.

É também demonstrado em diversos estudos citados por Harbin, McWilliam e Gallagher (2000, citados por Almeida, 2009), que muitas famílias esperam, muitas vezes, que os programas de IPI se dirijam às necessidades específicas dos seus filhos (Gallagher, 1997; McWilliam, Tocci & Harbin, 1995), uma vez que esta é a principal preocupação da família. Segundo um estudo desenvolvido por McWilliam et al, (1998), a razão principal residia no fato dos profissionais não explicitarem de forma clara às famílias, a sua disponibilidade para responder a outras necessidades para além das relacionadas com a criança e os seus problemas, numa intervenção mais abrangente. Por vezes traduzida pela falta de treino para responder às questões mais complexas e colocadas pelas famílias, medo de ofender ou afastar as famílias, falta de conhecimento sobre os recursos existentes na comunidade e que poderiam responder às suas necessidades e a crença de que não existe na comunidade esses mesmos recursos que respondam às suas necessidades.

Na IPI não podemos esquecer a importância na formação de relacionamentos com a família, a continuidade da intervenção em todo o período da primeira infância e a abrangência da mesma. Este fortalecimento dos relacionamentos e o apoio à família é essencial para maximizar os resultados da criança a curto e longo prazo (Guralnick, 2015).

Para Dunst (2017) a participação significativa das famílias nas equipas está associada a uma melhor tomada de decisão, e quando estas são consideradas como parceiras, as práticas centradas na família são mais facilmente implementadas. Quanto aos resultados obtidos através deste tipo de práticas, a investigação mostra que a

aprendizagem da criança está associada às oportunidades disponibilizadas pelas famílias, através das rotinas diárias.

Em todo o processo de avaliação/intervenção o profissional deve ter em consideração, todos os momentos que se adequam às circunstâncias únicas de cada família, elevando o nível de capacitação das mesmas. Carvalho et al, (2016) referem três componentes de ajuda eficaz de Dunst (1998) por parte dos profissionais às famílias, ou seja, a prestação de ajuda que potencia as competências e tem repercussões na família em termos de *empowerment*. Em primeiro lugar refere a qualidade técnica que é o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos do profissional acerca da área onde trabalha, demonstrando conhecimentos sobre o desenvolvimento da criança, identificação e reconhecimento das patologias, dominar os instrumentos de avaliação e conhecer práticas recomendadas e baseadas nas evidências, temos de considerar neste ponto, as outras duas como os componentes mais importantes das práticas de ajuda eficaz. Refere em seguida as práticas relacionais que se caracterizam pelas características interpessoais do profissional que influenciam os aspetos relacionais do apoio que referem: o tratar a família com dignidade e respeito, valorizar as suas crenças, culturas e valores pessoais, disponibilizar à família informação completa e isenta e reconhecer e valorizar as forças dos vários elementos da família e onde se baseia a construção das relações. Por fim, as práticas participativas onde o profissional deve envolver a família no processo de tomada de decisão, escolha e no recurso às forças existentes para obter recursos, apoios e serviços adequados, apoiando a escolha e a participação da família.

Uma intervenção de *coaching* pode ajudar as famílias a identificar o que funciona, o que precisa de ser feito de forma diferente e o nível de apoio que necessitam no programa de IPI de forma a facilitar o envolvimento da criança nas rotinas diárias da família. Todas as partes intervenientes têm conhecimento, informação e capacidades que podem ser úteis ao outro (Rush & Shelden, 2008). Esta estratégia promove o desenvolvimento do relacionamento e fortalece a prática centrada na família (Guralnick, 2017b) e representa, para muitos, uma mudança significativa de paradigma (Basu, Salisbury & Thorkildsen, 2010).

Roberts (2017) defende que o tempo, poderá ou não, ser uma barreira à melhoria das práticas. Investir tempo na construção de relacionamentos é vital. Colaborando pode-se derrubar barreiras, aumentar a compreensão, compartilhar objetivos comuns e abraçar a diversidade. Isso requer tempo e capacidade de concentração em relações de qualidade, respeito mútuo, confiança e eficácia. Através dos seus estudos provou que um

entendimento de empatia, confiança e tempo é a chave para um relacionamento eficaz entre profissional e família.

Os problemas enfrentados por estas famílias são cada vez mais complexos, tendo o profissional de encarar os mesmos e ser capaz de dar uma resposta cada vez mais diversificada à família e à criança. Trabalhando com outros serviços e programas que oferecem outras oportunidades e formas colaborativas para alcançar os resultados pretendidos, através da organização e abordagem inter-setorial. Esta junção de conhecimentos, recursos, ideias e infraestruturas podem criar oportunidades para agilizar e utilizar os recursos de forma mais eficaz (Stewart, 2018).

Não descurando nunca a criança no contexto da família, é necessário encontrar um equilíbrio entre os objetivos e as prioridades dos profissionais e da família, as necessidades dos pais e da criança, o reconhecimento das forças da criança e da família tendo em atenção a sua vulnerabilidade, mas só fazendo pelas famílias se estritamente necessário encorajando-as a fazer por si só. Como já foi referido anteriormente, sabe-se também que, se as intervenções dos profissionais têm pouco efeito diretamente na criança, têm um impacto importante na melhoria das competências e da autoconfiança dos pais, famílias e outros prestadores de cuidados, que por sua vez tem uma grande influência na promoção do desenvolvimento da criança (McWilliam, 2003). As mesmas devem ser realizadas pelos cuidadores naturais da criança, no decorrer das atividades diárias e não em momentos criados para o efeito (Boavida, Aguiar & McWilliam, 2018).

A intervenção centrada na família deve reconhecer os direitos das mesmas enquanto consumidoras de serviços, que passam, no caso da IPI, pelo apoio dos profissionais em todo o processo de tomada de decisões. Para que isto aconteça, a família tem de estar informada dos seus direitos sendo a sua principal necessidade expressa pelas próprias quando questionadas sobre o que esperam do programa de IPI, (McWilliam, 2013). Segundo o mesmo autor (McWilliam, 2000), as famílias desejam ser mais e melhor informadas quanto ao problema ou deficiência do seu filho, o desenvolvimento da criança incluindo aquilo que ele, tendo em conta a sua idade, já devia ser capaz de fazer e aquilo que deverá ser capaz de fazer a curto prazo, os recursos disponíveis na atualidade e de futuro e o tipo de atividades a desenvolver com a criança e a forma de lidar melhor com ela.

Para Shonkoff e Meisels (2000) é possível enquadrar a prática atual da IPI de acordo com três pressupostos. Todos os organismos tem a capacidade de se adaptar ao seu ambiente e quer o comportamento, quer o desenvolvimento, não são

predeterminados, nem geneticamente fixos; o desenvolvimento da criança e do jovem só pode ser compreendido num contexto ecológico abrangente, com a família e a comunidade e por fim, a complexidade das situações intervencionadas na prática da intervenção precoce determina a necessidade de uma intervenção interdisciplinar.

Com o passar do tempo, vai-se tornando cada vez mais clara a necessidade de contextualizar a intervenção e proceder a um alargamento do enfoque dos programas. O reconhecimento de que as respostas às necessidades da criança passam pela promoção da qualidade de vida num conjunto de unidade familiar integrada no seu contexto social, levou à substituição de um modelo de intervenção centrada na criança maioritariamente monodisciplinar, por um modelo centrado na família e na comunidade com uma abordagem focada na criança e com um modelo integrado de prestação de serviços transdisciplinar e interserviços.

O objetivo deste tipo de intervenção é que a família atinja um grau de autonomia que lhe permita gerir por si só os problemas que surgem no seu dia-a-dia. Partindo das competências que existem em todas as famílias e recorrendo à utilização dos recursos formais e informais existentes na sua comunidade, para atingir os objetivos identificados pela família e para promover a sua inclusão. Devemos salientar uma preocupação com as forças da família e não com os seus défices, em valorizar as escolhas e decisões da família e em desenvolver uma intervenção individualizada, com base numa relação de colaboração entre famílias e profissionais.

### ***2.3.1 O papel dos profissionais***

No que se refere aos profissionais, a intervenção centrada na família exige-lhes uma mudança relativamente à forma de encarar o seu papel fora de um modelo de intervenção tradicional e, também, daquilo para que foram maioritariamente preparados, ou seja, trabalhar diretamente com as crianças. Almeida (2009) baseando-se em autores como Dunst e Trivette (1994), Dunst, Trivette e Deal (1988, 1994) e Trivette e Dunst (2000) defende que esta mudança de atitude deve permitir-lhes pôr em prática um modelo de promoção de competências, substituindo o modelo de tratamento, individualizando a intervenção a partir das características específicas de cada família, sendo capaz de identificar e reconhecer as suas forças e as suas necessidades, apoiando-a na sua mobilização para que esta seja capaz de resolver os seus problemas a longo prazo, sem necessitar que o profissional o faça por ela. Assim, este capacita e fortalece

verdadeiramente a família e prepara-a para a sua autonomia, tal como este modelo preconiza.

O profissional deve considerar-se parceiro da família, ser receptivo e estabelecer uma comunicação aberta, sendo capaz de partilhar toda a informação de que dispõe. Esta parceria deve assentar na reciprocidade, respeito mútuo e partilha de responsabilidade, uma vez que só estando devidamente informada, a família poderá tomar todas as decisões o mais ponderadas possível. Por outro lado, a família só se sentirá verdadeiramente parceira, se sentir que o profissional a aceita e valoriza as suas decisões (Dunst, 1998; Dunst, Trivette & Deal, 1994; Dunst, Trivette & LaPointe, 1992; Trivette, Dunst, Hamby & LaPointe, 1996, citados por Almeida, 2009).

A criança e a família devem ser perspectivadas pelo profissional enquanto elementos de uma comunidade mais alargada, respeitando as características da família, os seus hábitos, valores, normas e crenças, promovendo a sua inclusão na comunidade, fortalecendo as redes de apoio social, principalmente as informais, que são mais estáveis, acessíveis e preferidas da família. O profissional terá de ter em atenção que a sua presença enquanto parceiro na família é passageira, mas as redes informais tendem a permanecer, desenvolvendo um trabalho junto da comunidade, no sentido de a envolver e torná-la mais receptiva à criança e à sua família, proporcionando-lhes serviços coordenados e integrados (Bailey, 1994; Bailey & Wolery, 1992; McWilliam, Winton & Crais, 1996, citados por Almeida, 2009).

Ao longo do tempo tem sido difícil, por parte dos profissionais, um entendimento no que diz respeito às práticas centradas na família. Várias pesquisas foram referidas por Bailey (1994, citado Almeida, 2009) que demonstravam a discrepância que era visível entre o que era o desejo dos profissionais ou seja as suas práticas ideais e as práticas reais. Nessas investigações verificou-se que os profissionais centravam o seu trabalho mais na criança do que na família, reconhecendo serem os principais responsáveis pelo planeamento da intervenção e pela tomada das decisões, embora aceitando as sugestões da família. Justificam que a verdadeira parceria não existe com as famílias pois aquelas, na sua maioria ou não tem as competências necessárias para assumir um papel ativo ou não demonstram interesse em fazê-lo. Consideram-se igualmente mais aptos e que foram preparados para trabalhar mais com as crianças do que com as famílias (Bailey, Buysse, Edmonson & Smith, 1992; Mahoney, O'Sullivan & Fors, 1989; Mahoney & O'Sullivan, 1990; Turnbull, Turbiville & Turnbull, 2000, citados por Almeida, 2009).

O papel do profissional, numa intervenção centrada na família e na comunidade, pode ser o de proporcionar apoio à criança, mas também o de apoiar e de trabalhar em conjunto com a família e comunidade. Deve ser capaz igualmente, de facilitar os contatos entre pais de crianças com problemáticas idênticas e as ligações das crianças e famílias aos seus apoios naturais na comunidade (Pereira & Serrano, 2014).

O profissional, através de uma abordagem transdisciplinar e conforme as especificidades das situações, pode apoiar semanalmente a criança/família ou desenvolver um trabalho de consultoria. Não esquecendo que quando a criança está integrada em contexto de creche ou jardim de infância (JI), os prestadores de cuidados são também os educadores e auxiliares pelo que a consultoria deve ser feita com estes profissionais (Velez, 2016).

O profissional nunca poderá esquecer que uma abordagem centrada na família, inclui a crença de que cada uma tem as suas competências próprias e que derivam das capacidades, talentos possibilidades, pontos de vista, valores e expetativas da família. Assim, uma das responsabilidades do profissional, é facilitar o apoio ao reconhecimento e uso das forças de cada família, traçando metodologias, planeamento e intervenção adequada para cada criança e família (Pereira & Serrano, 2014), criando um sentimento de pertença e identidade operacionalizado através da parceria entre a família e os profissionais (Turnbull, Turbiville & Turnbull, 2000, citados por Pereira & Serrano, 2014).

Brien, Page e Berman (2017) defendem que o profissional desempenha um papel fundamental na melhoria da capacidade das famílias e das crianças, orientando-as nas escolhas e decisões que promovam o seu bem estar e participação na comunidade, através da orientação centrada na família, na criança, transdisciplinar e nas práticas baseadas nos pontos fortes que fazem parte das capacidades, quer da criança, quer da família. O direito das famílias em fazer escolhas pode ser considerada a base da autodeterminação, através do plano e do suporte fornecido à família para as atividades do dia a dia.

Os mesmos autores (Brien, Page & Berman, 2017; Turnbull et al, 2007) argumentam igualmente que o profissional terá de ter capacidade de articulação no que diz respeito à sua prestação de serviços de forma a que a família a entenda, fornecendo-lhe respostas completas e imparciais e demonstrando respeito pelas perspectivas e escolhas feitas pela família (Turnbull et al, 2007). No entanto, poderá acontecer ocasionalmente que as escolhas feitas pela família entrem em conflito com o julgamento

profissional sobre o que é melhor para a criança. Nesse caso, o profissional deverá trabalhar com a família para um maior consenso.

Na relação com a família, o profissional tem de deixar de ser *o que sabe o que é melhor para a criança e para a família*, para passar a ser alguém que vai estar ao lado da mesma para que, em parceria, tente encontrar soluções e os capacite no sentido de se tornarem mediadores cada vez mais eficazes para fomentar as aprendizagens da criança no seu dia a dia. O profissional deverá complementar o seu trabalho, como defensor dos direitos da criança e família, consultor, coordenador e facilitador em relação aos agentes da comunidade (DEC, 2014). A implementação das práticas centradas na família, pode ser difícil, quando os recursos quer familiares quer profissionais são limitados, ou quando as prioridades entre os mesmos diferem. No entanto, a entrega dos profissionais é fundamental para que criança e família retirem o maior benefício possível (Able, West & Lim, 2017).

O profissional deve aceitar e responder com responsabilidade à diversidade de famílias que acompanha, ser culturalmente responsivo e ser capaz de criar um sentimento de honestidade, confiança e respeito. As parcerias eficazes são a base do entendimento das expectativas e atitudes de ambas as partes, construindo pontos fortes e apoiando a realização dos resultados da aprendizagem (Roberts, 2017). Como anteriormente já foi referido, o trabalho dos profissionais com as famílias deve promover práticas relacionais e participativas.

Em resumo, o papel do profissional de IPI é o de auxiliar a família neste processo interativo (Almeida et al, 2011). Acima de tudo, 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. O profissional deverá ser capaz de considerar a família como parceira, partilhando com a mesma toda a informação que dispõe, reconhecendo o seu poder de decisão sobre a criança, procurar compreender e proporcionar suporte a todo o sistema familiar, estando presente e recorrendo à escuta ativa, estando atento às suas preocupações e estabelecendo uma relação de confiança com a mesma e promover a potenciação das oportunidades de aprendizagem naturais da criança. Deverá, igualmente, compreender a família e todos os seus elementos como inseridos numa comunidade respeitando as suas características, fortalecendo as várias redes de apoio, trabalhando a receptividade da comunidade e inclusão da família e proporcionando uma verdadeira coordenação de serviços e recursos às necessidades (Cabral, 2006; Pereira, 2009).

Para que esta complexidade interventiva seja possível, será necessário contar com profissionais de diferentes valências, num modelo de multiplicidade de saberes, formações e intervenções que tem de ser conjugadas e onde todos os profissionais devem partilhar os mesmos objetivos e estratégias com vista ao bem estar da criança e da família, ou seja, uma equipa transdisciplinar onde se realize um trabalho conjunto e devidamente ordenado e organizado (Pacheco, 2013).

#### **2.4 Práticas centradas nas rotinas e ambientes naturais**

As práticas baseadas nas rotinas são uma componente essencial para o modelo centrado na família e para as práticas nos contextos naturais da vida, uma vez que tem por base as atividades e rotinas diárias da criança e da família que ocorrem nos seus espaços naturais, sendo promotoras do seu desenvolvimento (Caldeira, Seixas & Piscalho, 2017). Estas rotinas são definidas como acontecimentos funcionais, que ocorrem no dia a dia com caráter regular e previsível e que proporcionam à criança situações de aprendizagem (Augusto, Aguiar & Carvalho, 2013).

Atualmente, é reconhecido que o ambiente natural da criança é o mais adequado ao seu desenvolvimento (Hoffman, 2016). Dunst (2001, citado por Hoffman, 2016) afirma que o ambiente natural cria oportunidades de aprendizagem dentro do contexto da família e da comunidade, e que muitas famílias consideram que quanto mais cedo a intervenção iniciar, melhores serão os resultados. Como já foi referido, os primeiros anos de vida da criança oferecem oportunidades únicas para estabelecer uma trajetória de desenvolvimento positiva para todas as crianças (Guralnick, 2017a). A abundância das evidências neurobiológicas e de desenvolvimento sugerem que a primeira infância fornece uma janela única de oportunidades de alterar as trajetórias do desenvolvimento da criança, gerando benefícios a longo prazo (Guralnick, 2015).

Pereira e Serrano (2014) destacam a importância dos resultados verificados nas práticas centradas na família, quando estas acontecem no contexto natural da criança, seja no domicílio ou em contexto de creche e JI, considerado igualmente, como local para dar e receber cuidados, como fonte de aprendizagem, oportunidades e desenvolvimento da criança e família, quando se refere à família como parte fundamental de uma rede de apoio de um sistema baseado na comunidade (Singer, Biegel & Ethridge, 2010, citados por Pereira & Serrano, 2014). Promovem resultados positivos para a criança e fortalecem a interação entre pais e filhos de forma a apoiar e

expandir as competências naturais de ambos, promovendo a aprendizagem (Basu, Salisbury & Thorkildsen, 2010).

Sendo a IPI um processo de natureza dinâmica, que requer adaptações contínuas de todos os envolvidos, há a necessidade de ir reajustando os objetivos, considerando as alterações nas necessidades e aspirações da família, no seu estilo de relacionamento e nos suportes e recursos disponíveis. O reconhecimento destes fatores facilita as fases de avaliação, bem como as modificações necessárias ao longo do tempo (Guralnick, 2017a). Desenvolvendo ajustes apropriados às características e desenvolvimento da criança, a consistência entre programas aumenta e a estrutura organizacional orienta o processo contínuo de resolução de problemas necessário a uma prática efetiva de IPI (Guralnick, 2017b).

As práticas de intervenção deverão ter como referência uma perspectiva funcional em termos de aprendizagem, tendo em vista objetivos úteis à criança e à família e inseridos nas rotinas do dia a dia. Tal como refere McWilliam (2010) para que seja possível à criança a aquisição de competências, elas terão de ser trabalhadas sistematicamente nas rotinas e não apenas treinadas nas sessões com o profissional, mostrando-se significativa a realização de uma intervenção centrada nas rotinas e nos contextos naturais.

Desde a década de 1980, a *National Association for the Education of Young Children (NAEYC, 2009)*, tem vindo a demonstrar preocupação com o caráter individualizado e funcional da aprendizagem e com o envolvimento ativo da criança nessa mesma aprendizagem, tentando identificar aquelas que designou como as práticas de desenvolvimento adequadas para as crianças desde o nascimento até aos 8 anos de idade e que foram largamente utilizadas para a criação e organização dos contextos e currículos pré-escolares.

Mais recentemente, tem sido visível aquilo que alguns autores designam como uma mudança da intervenção com a criança, para uma abordagem mais naturalista, interativa e integrada e que podem ser exemplificadas através de dois modelos que tem muito em comum, o modelo de intervenção baseado nas atividades (Bricker & Crise, 1992; Goldstein, 2003; Woods-Cripe, 1999, todos citado por Almeida, 2009) e o modelo de práticas contextualmente mediadas (Dunst, 2006).

Sempre que for possível e apropriado, a intervenção deverá decorrer no ambiente natural da criança e da família, mas em alguns casos, devido à especificidade da sua problemática, tal pode não ser apropriado nem benéfico, pelo que deverão ser colocados

em ambientes que respondam melhor às suas necessidades e das suas famílias. O enfoque deverá ser dado não ao local, mas sim às atividades que aí se desenvolvem, tendo a preocupação de assegurar que a criança está envolvida em atividades funcionais e significativas e que promovam a sua aprendizagem e desenvolvimento. Quando as atividades se desenvolvem fora do seu próprio ambiente, a principal preocupação é de que a criança seja capaz de as generalizar para os seus próprios contextos funcionais. Retirando a criança dos seus contextos naturais, muitas capacidades adquiridas têm uma aplicação limitada (Hoffman, 2016).

Outro aspeto muito importante neste enquadramento, que é referido como essencial preservar por Tissot e Thurman (2002, citados por Almeida 2009), é que, quando se escolhe o cenário em que a intervenção deverá decorrer, os serviços prestados sejam consistentes com os valores, prioridades e necessidades das famílias. Na opinião destes autores, as famílias deveriam ser fortalecidas, no sentido de poderem ser elas tomar a decisão de qual o ambiente natural que melhor responde às suas necessidades e às do seu filho, mesmo que este não coincidissem com a opinião do profissional, pois só assim se implementaria uma verdadeira prática centrada na família.

Pode acontecer que, quando se opta por uma intervenção em contexto de domicílio, a família possa não se sentir confortável com a situação, correndo-se o risco de esta vir a ter um mau resultado. No entanto, a prestação de serviços no domicílio é a que mais se baseia no ambiente natural da criança e é o mais eficaz para apoiar a família (McWilliam, 2003; McWilliam, Snyder, Harbin, Porter & Munn, 2000, citados por Mendes, 2010). A intervenção em contexto de domicílio pode ser vista como uma estratégia promissora para melhorar o apoio às famílias (Brand & Jungmann, 2014, citados por Borges, 2017). Mas será por excelência o que permite uma intervenção mais individualizada e responsiva às necessidades da criança e da família (Pimentel, Correia & Marcelino, 2011).

Quando a intervenção é realizada em contexto de domicílio não podemos esquecer a comunicação entre o técnico e a família. As oportunidades de comunicação bem como reciprocidade devem ser aproveitadas, de forma a que esta constitua uma oportunidade de aprender e ensinar. Neste ambiente é possível perceber quais os costumes, valores, atitudes e rotinas da família, bem como o conhecimento e familiaridade do profissional, estabelecendo uma relação de parceria entre a família e o profissional (Fuertes, 2011). As visitas devem ser baseadas na confiança, cativantes e promotoras de auto confiança por parte de todos os intervenientes (Fuertes, 2018).

Galvin (2006, citado por Acar & Akamoglu, 2014) defende que os profissionais têm de ajudar as famílias a estabelecer e manter rotinas diárias apropriadas à criança e à sua família, sendo que é urgente aumentar a capacidade das mesmas para atender às necessidades dos seus filhos. Acar e Akamoglu (2014) consideram que os profissionais precisam de incentivar as famílias a partilhar as suas preocupações, prioridades e recursos no que diz respeito à criança, mas que também devem solicitar planos para atender às necessidades da sua própria família.

O contexto domiciliário parece, assim, ser o contexto que permite uma intervenção mais individualizada e responsiva às necessidades da criança e da família, desde que neste tipo de intervenção, se promova o envolvimento e a participação da criança nas rotinas, o envolvimento da família e a sua aprendizagem de estratégias específicas de intervenção, a competência da família na mobilização de recursos necessários para a promoção do desenvolvimento da criança e a sua participação plena na vida da comunidade (Pimentel, Correia & Marcelino, 2011).

Nas visitas domiciliárias, é ainda possível fornecer às famílias uma lista de recursos da comunidade para colmatar as necessidades sentidas por estas, ajudando-as a priorizar os cuidados necessários (Little, Kamholz, Corwin, Castillero & Wang, 2014).

Almeida (2009) destaca a metodologia simples que Tissot e Thurman (2002) propõem e que se apoia no trabalho desenvolvido por Thurman e Widerstrom (1990, citados por Tissot & Thurman, 2002) e de Dunst et al, (2001) que servem de base a uma intervenção em contexto nos ambientes naturais que deverá decorrer nos cenários em que a família participa no seu dia a dia e a forma como desenvolve as suas atividades.

Os primeiros autores sugerem que se solicite às famílias que descrevam as atividades que normalmente desenvolvem no seu dia a dia. Os segundos desenvolveram uma investigação que lhes permitiu identificar vinte e duas categorias que designam como cenários naturais de aprendizagem, tanto na família como na comunidade e que incluem entre outros, rotinas, brincadeiras ou festas. Com base nesta listagem, as famílias podem mais facilmente identificar aqueles em que se sentem melhor, para participar na intervenção, com a vantagem de se tratar de cenários significativos para a criança e a família, facilitando o seu funcionamento do dia a dia.

Esta abordagem, que se tem vindo a revelar de grande importância, é semelhante ao que McWilliam (2010) denomina Entrevista Baseada nas Rotinas (EBR) e que desenvolveremos adiante.

Tal como refere Almeida (2009), Dunst et al, (2001) propõem uma definição mais abrangente de ambientes naturais e recomendam a utilização da designação de ambientes naturais de aprendizagem que inclui não só onde, mas também como deverão decorrer as práticas funcionais de intervenção, avançando com o quadro de referência tridimensional para o conceito de ambientes naturais, que faz a distinção entre: (1) práticas contextuais e não contextuais; (2) iniciadas pela criança ou dirigidas pelo adulto; e (3) contando ou não com a presença do profissional interventor.

O trabalho destes autores (Dunst et al, 2001) divide-se em duas dimensões: a primeira tem a ver com cenários em que a intervenção ocorre e com o fato de serem ou não ambientes de aprendizagem significativos; a segunda tem a ver com quem inicia a atividade ou a interação com outras pessoas ou objetos. Se é a criança a iniciar e interação e é seguida pelo adulto, é denominada dirigida pela criança, se é o oposto é dirigida pelo adulto.

Relativamente à presença do profissional poderemos analisá-la num continuo de sessões de apoio: num extremo as intervenções implementadas numa prática clínica tradicional, tendo já sido provado por McWilliam (2003) e por Dunst (2006) serem ineficazes com crianças destas idades; e no outro extremo as oportunidades diárias de aprendizagem no âmbito da família e da comunidade em que o profissional está ausente, mas que, de acordo com as evidências, são as que se traduzem em resultados mais positivos ao nível do desenvolvimento da criança, uma vez que são contextualizadas, funcionais, repetem-se e ocorrem com grande frequência, ao contrário do que acontece com as proporcionadas pelos profissionais (Dunst, 2006; Dunst, Bruder, Trivette & Hamby, 2006; Trivette, Dunst & Hamby, 2004, citados por Dunst, 2006).

Dunst et al, (2001, citados por Almeida, 2009) acrescentam a palavra aprendizagem ao conceito de ambientes naturais, querendo enfatizar o fato da IPI ter como objetivo responder às necessidades da criança em termos de desenvolvimento e às da sua família, relacionadas com a promoção do desenvolvimento dessa criança, pelo que as oportunidades de aprendizagem proporcionadas à criança deverão obrigatoriamente ser tidas em consideração. Defendem uma abordagem mais ecológica e abrangente ao conceito de ambientes naturais, o que irá permitir uma melhor compreensão do conceito de inclusão, não bastando considerar como ambientes naturais, apenas o local em termos físicos ou o fato do profissional mover a sua prática tradicional para aquilo que podem ser considerados cenários naturais, tornando-se limitativo e limitador.

O profissional deve identificar as rotinas típicas do dia a dia, selecionar aquelas que a criança e/ou a família demonstrem maior interesse e necessidade de trabalhar, basear-se nas estratégias já utilizadas anteriormente, planear a intervenção e discuti-la com todos os intervenientes, inserindo e modelando novas estratégias (Almeida et al, 2011). A variedade de experiências e atividades quotidianas para a criança demonstrar as suas capacidades e aprender novas competências é reconhecida como uma característica importante e eficaz na IPI (Trivette, Dunst, Simkus & Hamby, 2013).

Este método, que promove as práticas centradas na família, através das preocupações sentidas pelos pais, tem obrigatoriamente de tomar em consideração as rotinas diárias, sendo que a vida familiar passa a ser o centro de apoio à criança. A família vai sendo capacitada para identificar estratégias envolvendo-se cada vez mais no desenvolvimento do seu filho. No entanto, apesar do profissional incentivar as famílias a tomarem as suas próprias decisões, muitas necessitam de orientação (Ely, Gullifor & Hollinshead, 2017).

Esta intervenção trás inúmeras vantagens, aproveitando as características funcionais das aprendizagens, potenciando a generalização por parte da criança, aumentando as oportunidades de repetição das aprendizagens a serem desenvolvidas, a motivação por parte dos intervenientes e a previsibilidade da tarefa (Boavida., Aguiar, McWilliam & Pimentel, 2010; Mendes, 2010; Pimentel, 2004, 2005).

A EBR é uma entrevista semiestruturada que se debruça sobre o funcionamento da criança e da sua família em relação às rotinas diárias (Carvalho et al, 2016). Através deste instrumento e com a ajuda dos profissionais, é possível à família identificar as necessidades funcionais que irão ser o objeto da intervenção, tendo em conta as suas prioridades (Carvalho et al, 2016; McWilliam, 2010).

McWilliam (2010) identifica cinco razões para a utilização da EBR. É um método onde se identificam objetivos funcionais, focando-se nas necessidades de envolvimento e participação, na independência e nas relações sociais da criança. As prioridades da família devem estar apresentadas no plano de intervenção e através deste instrumento podem ser facilmente identificadas, sendo que os objetivos registados no PIIP devem ser o mais abrangentes e específicos de forma a que se saiba o que vai ser feito, as estratégias e as ações devem ser direcionadas ao problema funcional e a intervenção deverá incluir outros cuidadores para além da família.

O mesmo autor considera que os objetivos são funcionais quando estes refletem as prioridades da família, se apresentam como uteis e significantes, refletem situações reais da vida quotidiana, não usam linguagem profissional e quando são mensuráveis.

Para planificar uma avaliação individualizada é preciso que os profissionais reúnam informação suficiente sobre a criança, mantendo sempre presente o objetivo dessa avaliação: recolha de informação que conduza à planificação de uma intervenção eficaz. E só será eficaz se responder às preocupações e prioridades identificadas pela família e se promover a aprendizagem, desenvolvimento, envolvimento e participação da criança. (Carvalho et al, 2016, p. 145)

Neste trabalho desenvolvido com a criança e a família, as rotinas devem ser repetitivas, previsíveis de forma a permitir que a criança se torne gradualmente autónoma (Almeida et al, 2011). A intervenção baseada nos contextos naturais e nas rotinas tem provado ser um excelente meio de aprendizagem e generalização por parte da criança, constituindo igualmente o melhor meio de capacitação dos adultos envolvidos no seu dia a dia. É atualmente considerada a prática que melhor assegura que as crianças tenham a máxima intervenção uma vez que esta ocorre aos longo do dia, todos os dias nos contextos e atividades da criança e da família (Pimentel, Correia & Marcelino, 2011; Caldeira, Seixas & Piscalho, 2017). No entanto, Almeida et al, (2011) alertam que esta metodologia pressupõe uma colaboração de qualidade entre todos os parceiros e uma planificação complexa entre educadores de infância, profissionais de IPI e famílias, exigindo uma elaboração cuidada das atividades por parte de todos os intervenientes.

Estas atividades tem de ser 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 e apoiadas pelo adulto (Almeida, 2011; Gonçalves, 2011; Gronita, Pimentel, Matos, Bernardo & Marques, 2009). O adulto deverá servir de mediador e a interação adulto-criança terá um papel de importância central (Augusto, Aguiar & Carvalho, 2013; Gonçalves, 2011).

Costa, Serrano, Dunst, Mestre e Cañadas (2017) evidenciam, no seu estudo sobre a análise da perceção das famílias quanto às práticas utilizadas pelo profissionais e os resultados parentais associados, uma correlação forte que comprova um aumento significativo do uso de práticas participativas e conseqüente capacitação dos pais e das famílias como resultado da intervenção onde são criadas oportunidades que capacitam,

apoiam e reforçam o funcionamento da família. Ou seja, como já referimos anteriormente, quanto maior enfoque for dado, tanto às práticas relacionais, como às práticas participativas, mais elevados serão os níveis de capacitação das famílias.

Trivette, Dunst e Hamby (2010) referem igualmente que o modelo implementado pelos profissionais, usando a capacitação e as práticas de ajuda, identificação das necessidades, suportes e recursos para atender as necessidades da família permitem atender às necessidades da mesma. A capacitação familiar, para Dunst, Bruder e Espe-Sherwindt (2014) é a característica central da intervenção na primeira infância, no que diz respeito a métodos e procedimentos usados para criar oportunidades e experiências parentais e reforçar as já existentes, promovendo o desenvolvimento das mesmas, de forma a fortalecê-las.

## **2.5 Intervenção precoce em contextos educativos e a consultoria colaborativa**

Em Portugal, a maioria das crianças está, desde muito cedo, incluída em contexto educativo. A partir dos 4 meses de idade as instituições recebem, em contexto de berçário, os bebés para que as famílias possam retornar ao trabalho.

Como atrás já referimos, no modelo de Bronfenbrenner, o desenvolvimento geral da criança é influenciado por uma variedade de forças que incluem a família, a escola, os serviços, os vizinhos, o seu nível socioeconómico e contexto cultural (Bronfenbrenner, 2005, citado por Singh & Zhang, 2018). A criança deverá ser compreendida enquanto inserida na família e esta enquanto parte da sua comunidade, tornando-se indispensável intervir dentro dos vários contextos de vida da criança e avaliar as características desses contextos, bem como as influências que nele têm os contextos mais distais e definir estratégias de intervenção que melhor respondam às necessidades da criança e da família.

Atualmente, Boavida, Aguiar e McWilliam (2018), resumem os desafios que esta perspectiva coloca:

Sabemos hoje que, para maximizar o impacto no desenvolvimento das crianças, os profissionais de IPI têm que alterar a sua abordagem, firmada na sua formação de base e na cultura dos serviços, e pôr os seus conhecimentos ao serviço dos cuidadores das crianças. Esta mudança implica trabalhar com os adultos e não diretamente com a criança. (Boavida, Aguiar & McWilliam, p. 4)

De facto, para a aquisição de uma competência, esta terá de ser sistematicamente trabalhada nas rotinas da criança e não apenas treinada em sessões fora do contexto e esporádicas, pelo que será fundamental a intervenção centrada nas rotinas e nos contextos naturais (McWilliam, 2010). Desta forma, os profissionais de IPI deverão capacitar os intervenientes que mais tempo passam com a criança, delineando com eles uma intervenção adaptada aos contextos onde esta se insere.

As crianças em idade precoce aprendem ao longo do tempo, de modo contínuo e no contexto de relação de afeto com os seus principais prestadores de cuidados (Almeida et al, 2011). Como já referimos anteriormente (Mahoney & MacDonald, 2007), é através de interações repetidas com as pessoas, com os materiais e objetos do seu contexto que as crianças aprendem sobre as pessoas e o mundo à sua volta. Assim, todas as experiências, oportunidades e acontecimentos que promovem estas interações podem considerar-se como contextos naturais para a aprendizagem (Dunst & Bruder, 1999a).

Nos últimos estudos realizados em Portugal no âmbito da intervenção centrada na família, Boavida, Aguiar e McWilliam (2018) e Velez (2016), defendem que os educadores das creches e JI e os assistentes operacionais, enquanto prestadores de cuidados, são elementos essenciais em IPI quando a criança se encontra incluída nestes contextos. A estreita colaboração entre os cuidadores que possuem um conhecimento profundo acerca do funcionamento e necessidades da criança no seu dia a dia, e os profissionais de IPI que detém o conhecimento e conhecem os princípios da mesma, podem implementar uma intervenção eficaz, assegurando a implementação de intervenções individualizadas e informadas pelas forças, preferências e necessidades da criança, no contexto onde esta se move.

Segundo Buysse e Wesley (2006, citados por Barros, 2009) a consultoria na área da infância tem como foco principal a criança, requerendo contudo, o envolvimento da família e dos profissionais que trabalham diretamente com a mesma, constituindo-se assim, como finalidade estabelecer metas e objetivos sobre os problemas em questão, em que todos os intervenientes refletem juntos e tentam encontrar forma de ultrapassar os problemas.

Nesta colaboração, o profissional de IPI (consultor) contribui com uma visão da sala de uma perspetiva diferente, vista de fora e com os conhecimentos específicos da sua área de formação e das áreas de formação dos elementos da equipa transdisciplinar, e o educador da creche e do JI (consultado) contribui com o conhecimento da criança, dos pares, do funcionamento da sala e das práticas pedagógicas que utiliza, de forma a

trabalharem numa perspetiva de resolução de problemas encontrando novas estratégias, através da influência social em que o consultor encoraja o consultado a implementar as estratégias e o apoio profissional por parte do consultor através de *coaching* e formação em técnicas específicas (Boavida, Aguiar & McWilliam, 2018). A eficácia de todo o processo depende da capacidade do consultor em influenciar, encorajar e apoiar o consultado, tratando-o como parte integrante e essencial na relação que se quer de confiança (Barros, 2009).

Buyse e Wesley (2005, citados por Barros, 2009; Boavida, Aguiar & McWilliam, 2018) desenvolvem o processo de consultoria colaborativa através de oito fases. A fase um começa com o ecomapa através do primeiro contato do consultor e do consultado; a fase dois é a formação e construção do relacionamento que deverá ser aberto e de confiança; na fase três deverá fazer-se recolha de informação/avaliação através de outros documentos e da EBR; a fase quatro que corresponde à definição de objetivos que possam ser promotores de mudança; na fase cinco faz-se a seleção de estratégias através de serviços de interdisciplinaridade; a fase seis corresponde à implementação do plano; a fase sete à sua avaliação e a fase oito correspondente à realização da uma reunião síntese de todo o processo.

Boavida, Aguiar e McWilliam (2018) defendem que, sempre que possível o educador da creche e do JI deve participar na EBR para descrever os momentos, as atividades e as rotinas da sua sala, identificando o que cada um faz (crianças e adultos) e como participa a criança que é acompanhada pela ELI ou EE do MEC, no que diz respeito ao seu desenvolvimento, independência e relações sociais. Deverá, ainda, ser capaz de avaliar com que qualidade este se adequa à criança. Caso não seja possível a EBR ser realizada com o educador e a família em conjunto, esta deverá acontecer primeiro com o educador, de forma a serem resumidas à família as preocupações identificadas por este, uma vez que cabe à família selecionar os objetivos. Na altura de definir a intervenção será decidido quem deverá ser o prestador de serviços/responsável de caso/mediador de caso, com que outros elementos da ELI será necessário trabalhar, como será realizada esta colaboração, que avaliações específicas são necessárias e a frequência das sessões de apoio que, num modelo de consultoria colaborativa, são dirigidos à família e ao educador da sala.

Não há ainda muitos estudos sobre a eficácia do processo de consultoria. No entanto, Barros (2009) refere alguns estudos citados por Palsha e Wesley (1998) que sugerem que a mudança é possível, quando os vários intervenientes estão preparados,

para em conjunto desenvolverem uma base de conhecimento partilhada, quando estão envolvidos na avaliação das suas próprias necessidades e tem oportunidade de aplicar os seus conhecimentos e capacidades na sua prática profissional. Outros estudos apontam para uma preferência, por parte dos profissionais, pela abordagem colaborativa no processo de consultoria, onde todos os intervenientes possam trabalhar em conjunto no sentido da promoção da melhoria dos serviços que implicam as crianças e as famílias. No geral, os resultados demonstram a satisfação dos consultores e consultados face a este modelo.

No que diz respeito à implementação de intervenções eficazes, é fundamental que se desenvolva uma colaboração estreita e eficaz entre os cuidadores da criança e os profissionais quer seja da IPI, quer seja da EE. Atualmente defende-se que esta colaboração pode ser concretizada através da prestação de serviços de consultoria colaborativa por parte dos profissionais da IPI. Quando a criança está na creche ou no JI, o docente da sala contribui com o conhecimento da criança, dos pares, da sala e das práticas pedagógicas que utiliza e o profissional da IPI com a visão de uma perspectiva diferente, com conhecimentos específicos das várias áreas de formação, trabalhando numa perspectiva de resolução de problemas. O principal objetivo desta colaboração deverá ser a adequação das atividades e rotinas da sala às necessidades da criança, de modo a que se possa obter o máximo de proveitos das oportunidades naturais de desenvolvimento e aprendizagem (Boavida, Aguiar & McWilliam, 2018).

Os mesmos autores, referem que, tipicamente em IPI ou EE, os profissionais ainda trabalham diretamente com a criança, retirando-a (ou não) da sala de atividades. Sabemos que as aprendizagens e o desenvolvimento da criança acontece quando participa nas atividades e rotinas do dia a dia, com os adultos e os seus pares e não em sessões compactas e descontextualizadas (McWilliam, 2010, citado por Boavida, Aguiar & McWilliam, 2018). Se a criança apresenta diferenças no comportamento esperado para a sua idade e nas suas competências, é nos momentos de envolvimento, de independência e de relações sociais que estas devem ser atendidas.

Pimentel, Correia e Marcelino (2011) citando Craig (1997) realçam a ideia de que muitos profissionais de apoio mantém uma intervenção direta com a criança e não usam uma abordagem de consultoria, por medo de perder o seu poder ou por pensarem que os prestadores de cuidados não tem as competências necessárias. Guralnick (2008) identifica a tendência dos profissionais em manter uma forte identificação profissional como resultado da sua formação que, assim, funcionaria como uma barreira.

### 3 A intervenção precoce em Portugal

Em Portugal e no mundo, desde a década de 1990 e de acordo com Mendes (2010), que se assiste a uma expansão significativa dos programas EE e de IPI. Na mesma década foi assinada a Declaração de Salamanca, que preconiza a intervenção e inclusão precoces para crianças em risco de atrasos no desenvolvimento ou com incapacidades. Em Portugal são implementados a nível nacional de vários projetos e serviços de IPI, dinamizados por cooperativas ou associações de solidariedade social e inicia-se um longo caminho legislativo no que diz respeito à IPI.

Muitos dos trabalhos sobre IPI publicados em Portugal fazem o historial da Intervenção Precoce no nosso país pelo que limitamo-nos a um brevíssimo resumo, baseando-nos, sobretudo, no trabalho de Mendes (2010), que descreve, por décadas, a evolução da IPI no nosso país.

Na década de 1960 a IPI aparece ligada à evolução das modalidades de atendimento às crianças dos 0 aos 6 anos de idade de um modo geral e às crianças com NEE em particular e é criado o serviço de orientação domiciliária por enfermeiras de saúde pública nos centros materno-infantis e os primeiros programas dirigidos a crianças com NEE, nomeadamente intervenção nas primeiras idades para crianças cegas, a nível nacional.

Na década de 1970 são criadas de equipas de orientação domiciliária constituídas por educadoras especializadas do então ministério dos Assuntos Sociais e a divisão de EE, por iniciativa de pais e profissionais das cooperativas de educação e reabilitação de crianças inadaptadas (CERCI).

Durante a década de 1980 aparece o programa *Portage* para pais, implementado e divulgado pela Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica e inicia-se o projeto integrado de IPI com o modelo de coordenação e integração dos serviços do distrito de Coimbra.

A IPI tem vindo a acompanhar a evolução dos conceitos e práticas internacionais, pelo que se torna uma referência, influenciando a visão e a legislação de outros países sobre o tema, tal como veio a acontecer em Portugal (Almeida, 2009). Segundo Mendes (2010), um dos aspetos que determinou a evolução da IPI no nosso país foi o desenvolvimento da legislação a nível da Segurança Social, Saúde e Educação.

Na década de 1990 vários diplomas passam a regulamentar a EE e a IPI. O Despacho n.º 26/1995 do ministério da segurança social com o programa ser criança, a

Portaria n.º 52/1997 do ministério da educação sobre a articulação com as equipas de EE, para atendimento a crianças entre os 0 e os 6 anos de idade com NEE e a Portaria n.º 1195/1995 também do Ministério da Educação sobre as condições de frequência dos alunos com NEE nas cooperativas de EE e definia, quando da sua revisão em 1997, a IPI. Aparece também, a Portaria n.º 1102/1997 do ministério da educação que passa a regulamentar o financiamento a projetos integrados, incluindo a prestação de apoios às famílias, promovidos por instituições de solidariedade social.

Sendo Portugal um dos poucos países da Europa a ter legislação específica para a IPI, esta ganhou terreno no cenário nacional, mas também, progressivamente no internacional, procurando contrariar a fragmentação das tradicionais práticas terapêuticas e reabilitativas que tipificam as políticas e os serviços dirigidos a crianças e famílias por organismos distintos da administração pública (Felgueiras, Bairrão & Castanheira, 1988; Guralnick, 2005, 2012; Shonkoff, 2010). “Podemos ainda dizer que a legislação portuguesa traduz muitas das práticas atualmente recomendadas em IPI”, (Boavida, Aguiar & McWilliam, 2018).

Em outubro de 1999, aparece o primeiro enquadramento legal da IPI, com a promulgação do Despacho Conjunto n.º 891/1999, que passa a definir orientações reguladoras de IPI e atribui aos MTSS, MS e MEC a responsabilidade pela implementação e pelo funcionamento dos programas. Apesar do seu amplo reconhecimento, verificaram-se alguns constrangimentos na sua implementação, constatando-se uma distribuição não uniforme das respostas em termos territoriais. Apenas em 2009, o Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro cria a entidade responsável pela IPI a nível nacional.

No entanto, ao longo do tempo, temos vindo a testemunhar a coexistência de programas de IPI distintos, coordenados por serviços da segurança social, saúde, educação, instituições privadas, instituições privadas de solidariedade social – IPSS ou cooperativas de solidariedade social – CERCI (Pimentel, Gronita, Matos, Bernardo & Marques, 2009).

Nas diferentes regiões do país, são visíveis grandes disparidades no que diz respeito a seguir os critérios estabelecidos pela legislação, por exemplo a multidisciplinariedade na avaliação dos programas ou na coordenação inter serviços (Mendes, 2010). A autora refere, igualmente, que muitos programas e serviços foram criados em várias localidades do país, programas de 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 a década de 1990, em Portugal a IPI passou explicitamente a estar centrada na família tendo este modelo começado a ser implementado em algumas zonas do país, nomeadamente no distrito de Coimbra.

De fato, o projeto integrado de IPI – PIIP de Coimbra, que surge em 1989, destacou-se por ser o primeiro programa de IPI coordenado, multidisciplinar e inter serviços, envolvendo a assistência social, saúde e educação, utilizando os recursos da comunidade. Por outro lado, a sua intervenção era desenvolvida nos ambientes naturais da criança e da família e com incidência no fortalecimento das redes de suporte da família (Serrano, 2007).

Bairrão e Almeida (2003) referem algumas problemáticas visíveis nos serviços de IPI em Portugal, evidenciando a grande distância que existe entre os serviços prestados no país e os americanos, dando destaque à falta de formação especializada e de financiamento ajustado às características da população. Apontam igualmente as falhas na planificação da avaliação dos programas, que deviam ser tão relevantes quanto a própria intervenção e que em muitos casos se mostram inexistentes (Pimentel, 1999).

Para estes autores (Bairrão & Almeida, 2003) a preocupação deve ser constante para com o futuro da IPI em Portugal. Referem que, apesar de ser reconhecida como benéfica a adoção das práticas e dos modelos comprovados como eficazes nos outros países, nomeadamente nos Estados Unidos da América, é de criticar a simples transposição dos mesmos para Portugal, em que existe muito pouca tradição de trabalho no âmbito da IPI e onde a aplicação das investigações um contexto prático é escassa, mesmo em comparação com outros países da Europa.

Defendem (Bairrão & Almeida, 2003) que a saúde deve ser garantida em primeiro lugar à criança com uma estimulação adequada ao seu desenvolvimento e encorajamento do desenvolvimento individual, interações positivas entre a criança e o adulto, assim como entre a criança e os pares. No que diz respeito à educação, além de integrar a criança numa rotina e objetivos regulares, é necessário procurar criar oportunidades de aprendizagem bem sucedidas e participação para a criança com deficiência, através da diferenciação de estratégias educativas. De acordo com Gonçalves (2011), o princípio da inclusão vêm refletir uma igualdade de oportunidades devendo permitir um conjunto de opções a considerar para cada caso específico,

respeitando as características individuais e necessidades específicas de cada um, respeitando os seus direitos.

Em 7 de janeiro de 2008 entra em vigor o Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de janeiro (com retificações publicadas a 12 de maio do mesmo ano) que reformula e melhora o Decreto-Lei n.º 319/1991 no que diz respeito à EE (Boavida, Aguiar, McWilliam & Pimentel, 2010), 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 n.º 3/2008 de 7 de janeiro, p.154).

Este decreto cria, igualmente, os agrupamentos de escolas de referência para a colocação de docentes na IPI, assegurando a articulação com os serviços segurança social e de saúde, reforçando as equipas técnicas que prestam serviços no âmbito da IPI, financiadas pela segurança social. No âmbito do MEC, estes agrupamentos asseguram a prestação de serviços de IPI. Veio garantir apoios especializados que promovam o potencial biopsicossocial a crianças e jovens com NEE, desde o pré-escolar até ao secundário, que frequentem o ensino formal visando responder às:

... necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da atividade e da participação, num ou vários domínios da vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em dificuldades continuadas a nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social. (Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro)

Houve necessidade de criar legislação própria que definisse formalmente um sistema no âmbito nacional para IPI e, neste sentido, colocaram-se importantes e novos desafios à organização de serviços e gestão de recursos e fundos no domínio da IPI, numa lógica de colaboração entre setores (segurança social, saúde e educação) e entre áreas disciplinares como de integração de políticas e de medidas legislativas que possam proporcionar respostas mais abrangentes e mais adequadas às necessidades das crianças e das famílias e cujos resultados sejam mais eficazes e duradouros.

Em 2009, no âmbito do plano de ação para a integração das pessoas com deficiência ou incapacidade de 2006-2009, foi criado o SNIPI, surgindo a nova legislação portuguesa para a IPI com a publicação do Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro, como já referimos anteriormente. Este decreto organiza a IPI dentro do SNIPI, e consiste num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimentos das crianças com funções ou

estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso de desenvolvimento.

Esta legislação prevê o desenvolvimento do SNIPI, através da ação coordenada dos MS, MEC e MTSS, com o envolvimento das famílias e da comunidade, definindo a sua abrangência para:

... as crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco de atraso grave de desenvolvimento, bem como as suas famílias. (Decreto-Lei n.º 281/2009, p.7298)

Há que salientar que o SNIPI tem como objetivos:

- a) Assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de ações de IPI em todo o território nacional;
- b) Detectar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou em risco grave de atraso de desenvolvimento;
- c) Intervir, após a deteção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento;
- d) Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação;
- d) Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social. (Decreto-Lei n.º 281/2009, p. 7299)

Este decreto prevê a existência de equipas multidisciplinares com base em parcerias institucionais, denominadas equipas locais de intervenção (ELI) que desenvolvem a sua atividade ao nível municipal, podendo englobar vários municípios ou desagregar-se por freguesias. Ao nível regional, apareceram subcomissões de coordenação que efetuam a ligação entre as ELI e a comissão de coordenação do SNIPI a nível nacional.

Neste normativo são igualmente definidos aspetos concordantes com as práticas recomendadas relativamente à organização e prestação de apoios em IPI, traduzidos por um enfoque na família para além da criança, pela sinalização e deteção das crianças que necessitam deste tipo de apoio, pela existência do programa individual de intervenção precoce (PIIP), trabalho de equipa multidisciplinar através das ELI, pela ação coordenada dos três ministérios com envolvimento das famílias e da comunidade e pela referência à supervisão e avaliação dos resultados.

Quanto à obrigatoriedade, em termos de documentação, destaca-se a elaboração e execução do PIIP, em função do diagnóstico da situação e da avaliação da criança no seu contexto familiar e na definição das medidas e ações a desenvolver de forma a assegurar um processo adequado de transição ou de complementariedade entre serviços e instituições. No processo individual da criança, para além do PIIP, deverão constar os relatórios, as medidas aplicadas, a informação pertinente, a declaração de aceitação de consentimento informado assinado pela família e a intervenção das instituições privadas (caso se justifique).

No que diz respeito aos contextos de intervenção, no âmbito do Decreto-Lei n.º 3/2008 ocorre no ambiente escolar, uma vez que se encontra virada para as dificuldades escolares e adequações às condições de avaliação, ao contrário da intervenção no âmbito do Decreto-Lei n.º 281/2009, que deverá acontecer nos diversos contextos de vida da criança. As crianças com incapacidades podem receber serviços ao abrigo dos dois decretos lei dependendo da sua idade, contexto de educação e cuidados e região do país onde vivem (Boavida, Aguiar & McWilliam, 2014). A qualidade da intervenção estará ligada aos diversos contextos de vida da criança e encontra-se virada para as dificuldades escolares adequando a 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).

Na transição para o sistema de ensino público, no caso da criança ter sido acompanhada pela ELI ao abrigo do Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro, é competência da mesma, proceder à transição do plano e objetivos, articulando os mesmos, analisando necessidades e auxiliando na elaboração de novos objetivos, junto à família e ao futuro educador ou professor. Assim, proceder-se-á à transição do PIIP para o plano educativo individual (PEI), que consiste num documento onde são fixadas e fundamentadas as respostas educativas e respetivas formas de avaliação.

Crianças entre os 3 e os 6 anos de idade, que estejam integradas na educação pré-escolar e que apresentem NEE, são abrangidas por ambos os decretos lei. Estes tem de se articular entre si, no que diz respeito a recursos, necessidades da criança, medidas e ações a desenvolver (Boavida, Aguiar & McWilliam, 2018).

Com base na evolução do conceito de IPI e o Decreto-Lei n.º 281/2009, em que a segurança social, a saúde e a educação se encontram cada vez mais envolvidas diretamente, temos vindo a observar a passagem de um modelo médico para um modelo

social de abordagem da deficiência, não podendo deixar de perceber a IPI como um grande motor para a promoção de inclusão social. Assim, a IPI é o primeiro passo para se atingir uma inclusão para as crianças com incapacidade e suas famílias. Os benefícios da inclusão, tanto para a criança como para a sua família, são indiscutíveis, trazendo também benefícios para os pares com que interagem (Mendes, 2010).

Guralnick (2011) refere que o sistema de IPI deve dar especial atenção à detecção de crianças potencialmente elegíveis, e os serviços da comunidade, formais e informais, devem comunicar entre si para que as crianças que necessitem de IPI sejam atempadamente identificadas. Na legislação portuguesa, o MS deverá ser o principal responsável por assegurar a detecção e referenciação das crianças para o sistema, por ativar o processo de IPI, bem como estabelecer diagnósticos e prestar orientação especializada. Os serviços da comunidade devem estar igualmente despertos para a detecção das situações elegíveis ou que oferecem preocupação.

No momento da referenciação, deve ser dada à família a oportunidade de se pronunciar sobre o que pretende da IPI para a situação do seu filho. A ELI deve, igualmente, transmitir abertura e vontade de responder às prioridades da cada família, dando continuidade ao processo de referenciação, verificando a elegibilidade da situação, tendo em conta relatórios e/o avaliações anteriores e planificando a intervenção futura a partir de uma avaliação.

Almeida (2011), refere a grande discrepância existente entre a investigação e a prática, apontando a existência de lacunas na diversificação das respostas dos profissionais, na eficácia na utilização do antigo plano individualizado de apoio à família - PIAF, identificado na atualidade por PIIP, na mobilização de redes de suporte social da família, na coordenação de recursos e serviços e na formação e supervisão dos profissionais. Sendo que todas estas características tem de ser consideradas imprescindíveis para o funcionamento eficaz de equipa e resultados da intervenção.

Segundo Mendes (2010), outra falha observada neste processo refere-se à implementação da mudança de paradigma por parte dos profissionais e também das famílias. Em Portugal, o modelo de intervenção centrado na família ainda não é uma realidade, uma vez que as famílias ainda não são envolvidos como parceiros no processo de intervenção, podendo dizer-se que ainda continuamos com um modelo médico/de especialista, permanecendo as famílias de forma pouco ou nada participativa no processo de intervenção ou na tomada de decisão na vida dos filhos.

Vários autores (Bairrão & Almeida, 2003; Bairrão, 2003; Mendes, 2010),

defendem que os estudos desenvolvidos ao nível da avaliação dos programas e do percurso feito até aos dias de hoje pela IPI, apontam para grandes obstáculos legislativos e financeiros que se apresentam como um grande entrave à qualidade do serviço e sendo um grande desafio no futuro da intervenção precoce na infância no país. No entanto, Boavida, Aguiar e McWilliam (2018), no seu trabalho sobre o modelo de articulação entre os profissionais de IPI e os educadores de infância, defendem:

Nesta altura, já muitos profissionais de IPI apreenderam estes princípios e encontram-se num processo de aproximação às práticas centradas na família. No entanto, passar para a prática os princípios de IPI não é uma tarefa fácil, quer quando o cuidador com quem se desenvolve o trabalho é um familiar da criança, quer quando se trata do(a) educador(a) de infância responsável pela sala onde a criança se encontra incluída. Aliás, neste caso, o trabalho pode parecer ainda mais complexo. Se, por um lado, os(as) educadores(as) são profissionais que partilham o objetivo de potenciar o desenvolvimento máximo de cada criança; por outro lado, existe toda uma cultura de trabalho independente por parte dos diferentes profissionais e, simultaneamente, os(as) educadores(as) não dominam os processos e os instrumentos disponíveis em IPI. (Boavida, Aguiar & McWilliam, 2018, p. 4)

A criação do SNIPI, ao abrigo do decreto, vem incluir todas as crianças dos 0 aos 6 anos de idade com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a idade e contexto social, bem como as suas famílias. São também elegíveis as crianças, dentro da mesma faixa etária, em risco grave de atraso do desenvolvimento que acumulem quatro ou mais fatores de risco biológico ou ambiental, ou seja, com efeito cumulativo de risco.

Como já referimos anteriormente, o SNIPI funciona em articulação das estruturas representativas do MTSS, do MS e do MEC, em colaboração direta com as famílias visando o seu bem estar em comunidade. Deve assegurar igualmente a proteção dos direitos das crianças assim como o desenvolvimento das suas capacidades, detectar e sinalizar as crianças em risco de alterações ou com alterações nas funções e estruturas do corpo ou em risco grave de atraso de desenvolvimento, intervir em função das necessidades do contexto familiar de cada criança de forma a prevenir e/ou reduzir os riscos de atraso de desenvolvimento, apoiar a família no acesso a serviços e recursos do sistema a que esta pode recorrer e envolver a comunidade com a criação de mecanismos de suporte social (Pacheco, 2013; Pimentel, 2005).

Partindo do princípio da individualidade, a ELI deverá, idealmente, procurar trabalhar centrando-se nas necessidades de cada família, baseando-se nas rotinas da mesma e intervindo nos seus contextos naturais (Almeida, 2009). Passando a família e não só a criança, a ser a unidade de IPI, para que esta consiga responder às necessidades específicas da criança. Assim, o trabalho desenvolvido ultrapassa, muitas vezes, questões que se relacionem diretamente com o desenvolvimento da criança, procurando considerar a família como um todo e considerando relevantes cada um dos problemas sentidos por esta (Augusto, Aguiar & Carvalho, 2013; Pimentel, 2005).

Ainda hoje, tal como temos vindo a referir ao longo do nosso trabalho, existem dificuldades que se prendem com a aplicação das práticas recomendadas em IPI, tanto por parte dos profissionais como por parte das famílias e outros agentes presentes na vida da criança. Os profissionais estão predispostos a prestar serviços e aconselhamento, por estarem familiarizados com um modelo clínico de intervenção e não com uma intervenção conjunta e corresponsabilizada pelos intervenientes (Almeida et al, 2011; Bairrão & Almeida, 2003; Mendes, 2010).

### **3.1 Projeto IM2 – intervir mais, intervir melhor**

O Guia para Profissionais – Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância (Carvalho et al, 2016), desenvolvido pela Associação Nacional de Intervenção Precoce na Infância (ANIP), tem como objetivo promover práticas de qualidade em IPI no âmbito do SNIPI.

A ANIP, enquanto organização de referência e única associação em Portugal que, desde a sua criação, em 1998, se encontra exclusivamente direcionada para a temática da IPI, há muito tem vindo a chamar à atenção para a necessidade de proporcionar aos profissionais de IPI uma formação assente numa filosofia de intervenção comum, que respeite as práticas recomendadas e reconhecidas internacionalmente, baseadas na evidência.

Este projeto apoiado pela Fundação Calouste Gulbenkian, surge no âmbito do programa Cidadania Ativa, que se dirige essencialmente ao apoio de projetos que possam contribuir, de alguma forma, para o fortalecimento da sociedade civil portuguesa e, assim, para o seu progresso da justiça social, da defesa dos valores democráticos e do desenvolvimento sustentável.

Teve uma duração aproximada de 18 meses, entre outubro de 2014 e março de 2016, e a principal ação foi a concepção e a publicação do Guia para Profissionais – Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância. Este guia pretende ser um instrumento útil e acessível para todos os profissionais de IPI.

Para além da publicação do Guia, destacam-se as ações complementares provenientes deste projeto que pretenderam sensibilizar os profissionais, promovendo práticas de maior qualidade na área da IPI.

Foi realizada formação a nível nacional para profissionais das ELI denominada *Das práticas recomendadas à reflexão sobre as práticas em IPI*. A organização ficou a cargo da ANIP com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian e colaboração da Universidade de Aveiro, assim como outras universidades portuguesas (ISPA, Lisboa, Porto, Minho e Évora) e da Associação Pais em Rede. Com esta formação, no âmbito do *Projeto Im2 – Intervir Mais, Intervir Melhor*, pretendeu-se apoiar os profissionais de IPI na implementação de uma intervenção de qualidade, através da publicação do guia e da promoção de melhoria de práticas de intervenção junto das crianças e famílias.

Esta formação tinha como objetivos, sensibilizar e atualizar os profissionais no que diz respeito ao conhecimento das práticas recomendadas internacionalmente para a IPI e promover a reflexão dos profissionais que exercem funções no âmbito do SNIPI sobre as suas práticas e incentivar a mudança no sentido da melhoria das mesmas.

A sua operacionalização passou por potenciar a utilização do guia como suporte à reflexão e às práticas dos profissionais de IPI, reforçar conhecimentos e competências que permitam aos profissionais integrar os princípios da IPI na sua prática diária da intervenção com as crianças, famílias e outros serviços, proporcionar momentos de reflexão sobre as práticas e de partilha entre os diferentes profissionais e promover o desenvolvimento conjunto de competências para a identificação e resolução de problemas em equipa, de situações e desafios típicos da prática diária do profissional de IPI.

Pretende-se com o guia de práticas recomendadas o início de uma reflexão individual e em equipa que leve à implementação de práticas mais eficazes no contexto da IPI em Portugal. Cada profissional deve considerar as características únicas e as circunstâncias que rodeiam cada criança e sua família e decidir o que é mais apropriado e eficaz, considerando as especificidades dos contextos (Carvalho et al, 2016).

### **3.2 Investigação realizada em Portugal**

Como já referido anteriormente, a IPI em Portugal tem vindo a desenvolver, ao longo dos anos, experiências pioneiras e reconhecidas internacionalmente. Por outro lado, os avanços alcançados pela investigação, ao associarem as práticas centradas na família e diferentes benefícios quer para a criança, quer para a família, lançam novos desafios aos papéis da família, dos profissionais, dos serviços e da comunidade. Durante muito tempo, muitas famílias foram integradas em práticas centradas na criança, nos contatos efetuados com os serviços de segurança social, saúde e educação, que se centravam especificamente sobre a necessidade de estimular a criança, pondo em ação as suas competências motoras e sensoriais de forma a obter maior qualidade nesses domínios (Franco, 2017).

Não podemos esquecer, que só a partir de julho de 2011, quando da assinatura do protocolo de cooperação intra ministerial ao abrigo do Decreto-Lei n.º 281/2009, se formaram as ELI, através do SNIPI. Até essa data a prestação de serviços no âmbito da IPI era realizada através de equipas institucionais de reabilitação e equipas de apoio educativo, que se regiam pelo Despacho Normativo n.º 891/1999. Muitos dos estudos que vamos citar são anteriores à publicação e implementação do Decreto-Lei n.º 281/2009, pelo que será importante analisar também estudos semelhantes e mais recentes a fim de verificar se algo mudou na sequência deste decreto que alterou de forma significativa a organização dos serviços em IPI.

Não pretendemos explorar exhaustivamente toda a investigação produzida em Portugal, destacamos a última década, dando maior importância aos últimos 5 anos, não podendo no entanto, descurar alguns trabalhos realizados a partir do ano 2000, e que nos parecem muito significativos.

Optámos por organizar este capítulo por diversas temáticas que encontramos na revisão de literatura: modelos organizativos da IPI em Portugal, práticas centradas na família e perceções das famílias e profissionais, observação de práticas para a promoção da qualidade em IPI, transdisciplinaridade, trabalho de equipa e processos de referenciação, formação de profissionais e dois trabalhos que deram origem a instrumentos de avaliação. Dentro de cada uma das temáticas, seguimos a ordem cronológica dos estudos.

Começamos por destacar dois trabalhos de investigação, em que cada um se divide em dois estudos. Os primeiros estudos de cada um dos autores, Almeida (2009)

e Gronita (2014), são extensivos debruçando-se sobre a IPI e os modelos organizativos em Portugal.

O primeiro estudo de Almeida (2009) pode considerar-se exploratório e teve como objetivo traçar uma panorâmica da IPI em Portugal, quanto à utilização do modelo centrado na família, através de questionários para profissionais e peritos. Demonstrou, por um lado, uma grande assimilação dos conceitos teóricos subjacentes à IPI nos EUA, referindo, por outro lado, a existência de dificuldades na sua operacionalização no nosso país. Ainda que as práticas dos profissionais correspondam à componente relacional das práticas centradas na família, são visíveis muitas lacunas na componente participativa dessas mesmas práticas.

Em 2014, o primeiro estudo de Gronita teve como objetivo avaliar os modelos organizativos da IPI em Portugal. Os seus dados foram recolhidos através de questionários enviados às coordenações de equipas/serviços a fim de recolher as suas opiniões sobre o modo com entendiam que a operacionalização da IPI pudesse ocorrer na comunidade e região onde exercia a sua atividade profissional. De notar que a recolha de dados foi realizada ainda antes da publicação do Decreto-Lei n.º 281/2009, ou seja no âmbito do Despacho Conjunto n.º 891/1999. Os inquiridos manifestaram as suas opiniões sobre as normas, orientações e procedimentos relativos às estruturas organizativas, sobre a forma como se encontravam organizadas e geridas, e sobre o funcionamento da IPI na sua área de abrangência, nomeadamente serviços prestados, a sua gestão e programas desenvolvidos. Ou seja, sobre as respostas sociais em IPI na zona onde foi realizado o estudo, não tendo sido encontrada homogeneidade total para nenhuma dos aspetos do questionário, sendo patente grande assimetria nos diferentes serviços.

Ambos os autores completaram o seu trabalho com um segundo estudo sobre a análise de serviços específicos.

O objetivo do segundo estudo de Almeida (2009) foi perceber de que forma o desenvolvimento de programas de IPI, dentro do modelo de intervenção centrado na família, é posto em prática num contexto específico, em Lisboa, com crianças dos 0 aos 3 anos e suas famílias. Os resultados obtidos apontaram, globalmente, para um grau de envolvimento da família no programa, aproximando-se daquilo que se considera intervenção centrada na família. Os profissionais demonstraram a convicção de estar a trabalhar dentro do modelo centrado na família, mais do que realmente acontece na realidade, ou seja, tendencialmente, os profissionais sobrevalorizam o seu

desempenho no âmbito deste modelo. Quer as famílias, quer os profissionais desejavam uma participação mais ativa da família na intervenção, embora os profissionais se mostrassem mais exigentes neste aspeto. Das análises às respostas das famílias e dos profissionais, foi possível concluir que, na grande maioria dos casos, o técnico responsável é quem toma as decisões e conduz a avaliação/intervenção, na presença da família, a quem apenas pede opinião e solicita sugestões.

Gronita (2014) realizou, neste segundo estudo, observação das práticas dos profissionais de um serviço de intervenção precoce. Embora no âmbito de um projeto (Gronita et al, 2011) tenham sido observados 12 casos, na amostra do segundo estudo de Gronita (2014) apenas foram analisados quatro casos. Concluiu que a diferenciação na intervenção implementada parece decorrer de três fatores: das características específicas das famílias/crianças, das diferenças entre os profissionais envolvidos, e da comunidade onde ocorre a intervenção. Foi, ainda, possível concluir que, no modelo organizativo específico onde o estudo foi realizado, existe uma interação entre algumas práticas dos profissionais, que podem ser classificadas como práticas recomendadas, e a forma como o próprio serviço estava organizado e suas práticas de gestão, propiciando estas a ocorrência de práticas recomendadas. Estas práticas parecem estar mais associadas com a formação pré e pós graduada e com a formação contínua dos profissionais da equipa, e não tanto com a experiência e número de anos em IPI.

A maior parte dos estudos realizados em Portugal debruçam-se sobre as perceções dos profissionais e/ou das famílias com dados recolhidos através de questionários às famílias e aos profissionais. São em reduzido número os estudos que foram realizados através de observações de práticas.

No que diz respeito às perceções dos profissionais de IPI, Pereiro (2000), ainda antes da publicação do Despacho Normativo n.º 891/1999, analisa o envolvimento e a participação das famílias de crianças com síndrome de Down, nos programas de intervenção precoce. Constatou que, embora existissem diferenças nas perceções dos profissionais, tendo em conta a sua identidade profissional – docentes e não docentes, e fosse evidente a emergência de práticas de intervenção centradas na família, os profissionais envolvidos no estudo referiram aspetos institucionais e familiares como os maiores obstáculos para o melhor envolvimento das famílias. Os mesmos profissionais salientam a necessidade de formação inicial e contínua, bem como a reestruturação dos serviços.

Mota (2000), pretendeu caracterizar a organização de serviços e práticas de IPI das equipas de apoio educativo da área do grande Porto. Verificou não só, que o processo de intervenção se centrava prioritariamente na criança, mas também que a sua eficácia era medida pelos progressos apresentados pela mesma, independentemente do impacto global na dinâmica familiar.

Quanto às perceções das famílias e profissionais e às práticas centradas na família, Pimentel (2003b, 2005) realizou, no distrito de Lisboa, um estudo onde foi possível concluir que os apoios e os serviços percecionados quer pelas famílias quer pelos profissionais são essencialmente focados na criança, sendo estes mais valorizados pelas famílias. No entanto, há diferenças entre famílias e profissionais no que respeita aos serviços recebidos/prestados, concluindo-se que têm perceções diferentes no âmbito de um programa de IPI.

Carvalho (2004), no estudo realizado no distrito de Coimbra, encontrou resultados que evidenciam diferenças significativas entre as práticas que os profissionais percecionam prestar e aquelas que as famílias percecionam receber.

No seu estudo realizado num concelho do distrito de Lisboa, Cordeiro (2004) analisou a coerência entre o processo de avaliação de crianças com NEE e a elaboração do plano de intervenção e também a coerência entre o processo de avaliação planificação e o desenvolvimento das práticas de EE/apoio educativo. Completou-o com observações de práticas em JI. Os resultados do estudo apontaram para uma aproximação com os princípios teóricos da IPI, tendo sido verificado que existe um trabalho de equipa com profissionais de várias áreas, através do envolvimento com a família. As preocupações, necessidades e opiniões da família são tomadas em conta, o que permite uma avaliação ecológica e abrangente das competências e dificuldades da criança nas várias áreas do desenvolvimento e nos diferentes contextos em que se desenvolve, permitindo desenvolver os objetivos a atingir com a criança e delinear o planeamento de uma intervenção adequada às suas necessidades. No entanto, numa parte mais qualitativa do estudo, com a análise de práticas implementadas em 5 casos observados, verifica-se que é prestado um apoio direto à criança dentro e fora da sala, mas normalmente inserido nas atividades de JI. De referir que este foi o primeiro trabalho que encontramos em que existe esta componente de observação de práticas.

Cabral (2006) desenvolveu um estudo de perceções das práticas dos profissionais de IPI, nas equipas dependentes da Direção Regional de Educação

Especial e Reabilitação da Região Autónoma da Madeira. Concluiu que as práticas ainda não refletem nem valorizam as práticas recomendadas, nomeadamente a abordagem centrada na família. Demonstrou, igualmente, que o processo de avaliação/intervenção reflete uma abordagem centrada na criança e nos serviços, não demonstrando preocupações ecológicas, sendo que os aspetos que os profissionais menos valorizam são a avaliação do impacto dos programas, a formação e a supervisão dos profissionais. Apesar destes resultados, refere algumas experiências positivas, nomeadamente da atuação ao nível da prevenção primária que se caracteriza por uma boa articulação e coordenação entre os serviços.

Também Carrapatoso (2003) e Simões (2007) concluem que, embora os profissionais possam demonstrar uma certa consciência da necessidade de incluir as famílias nos programas de IPI, a sua intervenção centrava-se claramente na criança.

Cara-Linda (2007), também avaliou as práticas centradas na família num projeto de IPI num concelho do distrito de Lisboa, no qual verificou não existirem diferenças significativas entre as perceções das famílias e dos profissionais, relativamente ao envolvimento das famílias no processo de avaliação e intervenção. Revelou, ainda, a existência de articulação de serviços do estado, privados e solidariedade social e de trabalho de equipa. Na sua tese foram, assim, evidenciadas práticas que revelam indicadores de qualidade no trabalho com as famílias, no trabalho de equipa e na articulação de serviços.

A revisão realizada por Pinto et al, (2009a) em Portugal, demonstra evidências nas dificuldades dos profissionais em assumir as famílias como parceiros, apesar de expressarem o desejo de desenvolver práticas centradas na família.

Pereira (2009), num estudo a nível nacional, conclui que os resultados da frequência e importância que os profissionais de IPI atribuem às práticas centradas na família dependem do tipo de formação que têm e da sua experiência em IPI. Os resultados indicam, igualmente, a importância da realização do apoio em contextos naturais da criança e da família, o impacto da articulação de serviços e apoios e a função do coordenador de caso nas práticas centradas na família. Permitiram concluir que os profissionais de IPI consideram que utilizam, na maioria das vezes, no apoio que prestam, práticas centradas na família, evidenciando o que os mesmos consideram implementar e o grau de importância que lhes atribuem.

Em 2011, Oliveira realizou um estudo cujos objetivos eram os de identificar e analisar o estado atual das perceções das famílias e profissionais acompanhados na

intervenção precoce na infância na NUT III Norte Ave e tentar perceber até que ponto a prática desenvolvida se enquadrava num modelo sistémico e bioecológico de prestação de serviços e naquelas que são, neste âmbito, as práticas recomendadas baseadas na evidência: o modelo de intervenção centrado na família e na comunidade. Utilizou um modelo misto de recolha de dados: quantitativo (escalas de registo ou de verificação de tipo escala Likert) e qualitativo (entrevistas/questionários). Encontrou concordâncias entre as perceções de coordenadores, profissionais e famílias, mas também diferenças relativamente às práticas centradas na família nas seis componentes de intervenção precoce medidas – (1) sinalização e primeiros encontros, (2) processo de avaliação, (3) partilha de informação com as famílias, (4) processo de intervenção e envolvimento e coordenação de serviços, (5) sigilo sobre a informação e (6) satisfação das famílias. Conclui que as práticas dos profissionais de IPI correspondem às principais características da componente relacional das práticas de ajuda centradas na família, mas que tem lacunas no que diz respeito à componente participativa. Neste último aspeto, identificou como mais problemáticos o envolvimento ativo das famílias, a utilização do PIIP, a mobilização e fortalecimento das redes de apoio social à família e a constituição de uma rede integrada de serviços e de recursos a funcionar na comunidade. Como aspetos positivos são referidos o profissionalismo, envolvimento e dinamismo dos profissionais.

No que respeita à avaliação das práticas para a promoção da qualidade dos programas de IPI, referimos o estudo de Pimentel, Correia e Marcelino (2011). São dois estudos de caso, com análise de práticas de IPI em contexto de domicílio e em contexto de JI. Na primeira situação (domicílio) foi visível uma intervenção centrada na família, enquanto que, na segunda, a intervenção foi claramente centrada na criança. Este é também um estudo em que os dados foram recolhidos através da observação de 12 sessões de apoio em cada caso.

Mendes (2012), num estudo realizado numa ELI da área metropolitana de Lisboa em que os participantes foram profissionais de intervenção direta (quatro educadores, psicólogo, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, fisioterapeuta e assistente social) e visava contribuir para uma melhor compreensão das diversas perceções acerca das práticas típicas por parte dos profissionais e um olhar sobre a construção de boas práticas de IPI. Ao analisar as perceções dos profissionais, em relação às suas práticas típicas através de questionários, concluiu que ainda não refletem adequadamente a perspetiva da intervenção centrada na família. Os

profissionais revelam dificuldades em se aproximar deste modelo uma vez que consideram que é mais relevante um serviço de intervenção precoce dirigido ao desenvolvimento da criança do que um serviço direcionado para a melhoria das competências e autoconfiança da família. Outros constrangimentos observados prendem-se com o processo de avaliação para a planificação, na planificação, na identificação das necessidades da família, na seleção de objetivos, no enquadramento da intervenção e nos contextos de intervenção.

Pego (2014) conclui que os princípios das práticas centradas na família, como base da intervenção com as famílias, estão a ser adotadas pelos profissionais de IPI no distrito de Braga, sendo que as famílias acompanhadas percecionam a aplicação desses princípios e os benefícios da intervenção. No que diz respeito aos primeiros contatos com a família, estes pautam-se pela empatia, respeito e afabilidade. Foi verificado que ainda não há uma articulação concisa entre serviços, devendo esta vir a permitir o mais precocemente a referência para as ELI. Quanto aos apoios e benefícios percecionados, foi possível verificar que todas as famílias identificaram com facilidade o usufruto dos diferentes apoios, informativo, emocional e material. Relativamente às perceções da família quanto à sua participação ativa no âmbito da intervenção, todos eles se sentem e se reconhecem como pessoas mais capacitadas para lidar com a problemática do seu filho nas diversas dimensões da capacitação. Quanto às competências dos profissionais que os acompanham, reconhecem e valorizam as suas competências técnicas, o relacionamento positivo de respeito e parceria, bem como o apoio amigo que sabem com que podem contar. No final do estudo, consideram que o investimento na formação e requalificação continua a ser fundamental e salientam a inexistência de grupos de pais de ajuda às famílias com filhos com NEE (Pego, 2014).

Em 2015, Carvalho desenvolve um dos mais recentes estudos sobre as práticas centradas na família e obtém resultados que indicam uma frequência elevada relativamente a este tipo de práticas por parte dos profissionais de IPI, nos distritos de Braga e Bragança. Sugere que estes resultados possam estar diretamente relacionados com o fato de os profissionais destas equipas se reunirem para supervisão, na Universidade do Minho. Desde a sua criação as equipas do Norte do país mantiveram um vínculo forte às Universidades do Porto e do Minho, onde se realizam mensalmente reuniões de supervisão, no sentido de proporcionar formação e oportunidades de reflexão continuada relativamente à prática. Outro fato pode estar relacionado com a formação específica em IPI de grande parte dos profissionais das

equipas.

Pereira e Serrano (2014), realizaram através de questionários, um estudo junto dos profissionais das ELI em 18 distritos de Portugal continental, Açores e Madeira, com o objetivo de analisar as perceções dos profissionais de IPI relativamente às práticas centradas na família. Especificamente, avaliaram a frequência com que os profissionais usam práticas centradas na família e a importância atribuída às mesmas, identificando barreiras e recomendações na implementação das práticas centradas na família. Os resultados obtidos indicam barreiras relacionadas com: (1) os profissionais - atitudes e comportamentos, falta de treino e de formação especializada, de supervisão e de colaboração inter e intra-equipa; (2) o sistema - falta de materiais de recursos, dificuldades na articulação e funcionamento dentro e entre equipas e ausência ou inadequação de políticas de suporte na IPI; e (3) com a família - falta de horário para estar disponível para as famílias, uma vez que muitos profissionais estão em horário parcial.

Ainda sobre as perceções dos profissionais, como as valorizam quer ao nível das práticas centradas na criança, quer centradas na família, Arroz (2015) num estudo, de carácter qualitativo, que foi realizado em várias estruturas - creche e JI, diz-nos que as famílias continuam ainda a atribuir mais importância às práticas centradas na criança e consideram ser as que os profissionais mais utilizam, e estes demonstram práticas muito individualizadas com grandes limitações ao nível da planificação e da intervenção. Demonstram dificuldades em operacionalizar o modelo centrado na família, identificam a necessidade de mais e melhor formação na IPI – inicial, especializada e contínua, e queixam-se da legislação não promover maior possibilidade de uniformização das equipas a nível nacional. Este mesmo estudo apresenta igualmente resultados que destacam que as famílias continuam a delegar predominantemente nos profissionais os conhecimentos e a competência para liderar a tomada de decisão. Ao nível da observação de práticas dos profissionais, que também realizou em seis casos, e avaliação dos documentos constantes nos mesmos seis processos, foram detetadas deficiências técnicas ao nível da formulação de objetivos, inexistência de registos das intervenções e reuniões com a família e desorganização generalizada dos processos. No entanto, a autora refere que os resultados deste estudo não são passíveis de generalização uma vez que foi desenvolvido apenas no distrito de Lisboa e com um número reduzido de participantes. Este é o terceiro trabalho que recolheu parte dos dados através de observações de práticas de apoio.

Velez (2016) analisou, através de questionários, as perceções dos profissionais relativamente às suas práticas reais e às práticas que consideram ser as ideais em função de algumas variáveis sociodemográficas, sendo a amostra constituída por 600 profissionais de 78 ELI. Pretendia 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 a proximidade ou distância das suas perceções relativamente às recomendações internacionais. Os resultados encontrados por Velez (2016) 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 em função da periodicidade das reuniões de equipa e de momentos de supervisão.

Em 2016, Santos num estudo comparativo entre perceções de práticas reais e ideais, com participantes que iriam integrar a formação no âmbito do Projeto IM2, conclui que ainda existem profissionais a valorizar uma prática maioritariamente centrada na criança e há quem considere essa como a abordagem ideal em alguns momentos do processo de intervenção. Esta atitude poderá ter origem no tipo de formações que os profissionais apresentam no seu currículo, sendo poucos os que tem formação específica na área, bem como na ausência de reflexão sobre a alteração do paradigma para a prestação de serviços em IPI.

Tendo usado um questionário ainda não validado, construído no âmbito do IM2, Santos (2016) considera que a redação de alguns dos seus itens, demasiado abrangentes, não permitiram apurar verdadeiramente a maior ou menor proximidade das práticas reais e ideais. Refere ainda que os resultados do estudo não devem ser generalizados nem considerados representativos de toda a realidade portuguesa, já que se referem a uma pequena amostra dos profissionais de IPI de Norte a Sul do país. Sugere a realização de estudos futuros de teor mais prático, com observação de práticas e de um estudo comparativo entre Portugal e outros países europeus de forma a comparar as práticas atualmente recomendadas em IPI.

Outros estudos foram realizados no âmbito da IPI, mas decorrendo de outras temáticas, como é o caso de Mendes (2010). O seu estudo sobre a avaliação da qualidade em IPI no distrito de Portalegre analisou os dados recolhidos por acompanhamento a técnicas de IPI e preenchimento do guia de padrões de qualidade

em intervenção precoce – formulário de autoavaliação (Ponte et al, 2004, versão portuguesa traduzida por Mendes (2006) e adaptada com base na versão inglesa – AGAT, 2004), conclui que, no que diz respeito a dimensões como comunidade, criança e serviços, as práticas cumprem os indicadores de qualidade preconizados para os diferentes níveis de intervenção em intervenção precoce. No entanto, nas dimensões família e programa de IPI, há ainda muitas lacunas, devendo implementar-se a sistematização de práticas centradas na família ainda não consolidadas. A autora considera que seria relevante impulsionar a prevenção, generalizar os programas de base comunitária e estabelecer critérios de seleção das crianças a serem atendidas.

Outra temática nos estudos realizados, foi a transdisciplinaridade, onde Almeida (2009) conclui que o trabalho em equipa transdisciplinar é outro aspeto em que a IPI se afasta das evidências científicas, verificando que poucas são as famílias que fazem parte da equipa participando em reuniões e em todo o processo de avaliação/intervenção.

Quanto a estudos realizados sobre o trabalho em equipa, articulação de recursos e serviços e avaliação de programas, Fernandes (2001) e Ruivo e Almeida (2002) demonstram a ausência de trabalho transdisciplinar; escassez de recursos e serviços: ausência quase total de articulação e de coordenação de serviços, falta de formação dos profissionais no que se refere a trabalho com famílias e ausência de avaliação de programas.

A ausência de um trabalho transdisciplinar está bem descrito em vários estudos (Almeida, 2013; Fernandes, 2001; Mota, 2000; Oliveira, 2011; Ruivo & Almeida, 2002). Apesar das suas práticas não coincidirem com as internacionalmente recomendadas, os profissionais demonstram preocupação na forma de implementar e desenvolver uma intervenção centrada na família, mas referem ainda momentos de avaliação da criança e dos programas pouco consistentes e, como aspeto positivo, a identificação das necessidades da família feita no momento da planificação (Cordeiro, 2004; Couto, 2014; Fernandes, 2001; Mendes, 2012; Pereira, 2003, 2009)

A necessidade de trabalho de colaboração, de supervisão técnica e monitorização das práticas desenvolvidas é de primordial importância (Cara-Linda, 2007; Oliveira, 2011), sendo nomeado em alguns estudos a dificuldade na elaboração de planos de intervenção e a ausência de avaliação dos mesmos e a falta de estratégias de intervenção e orientação (Arroz, 2015; Cara-Linda, 2007; Cordeiro, 2004; Mendes, 2012; Mota, 2000; Oliveira, 2011).

Fernandes (2014), no seu estudo realizado com uma amostra de 174 famílias do distrito de Viana do Castelo, Vila Real e Braga, com crianças com NEE dos 0 aos 6 anos (estudo quantitativo exploratório), conclui igualmente que a transdisciplinaridade é inexistente e à família é reservado um papel de *ser consultada* no processo de intervenção. Os objetivos do estudo eram a análise de comportamentos centrados na família por parte dos profissionais que as acompanham nas equipas locais de intervenção precoce e os principais resultados prenderam-se com a especialização dos profissionais que apoiam as famílias, tendo apurado que 53% das famílias são apoiadas por profissionais com outro tipo de especialização que não a IPI. Concluiu, ainda, que as famílias que são apoiadas por profissionais há mais tempo e com mais experiência na IPI evidenciam maior grau de satisfação e, por último, destacou a inexistência de diferenças de frequência de comportamentos centrados na família entre a faixa etária 0-3 anos e 3-6 anos.

No que diz respeito ao processo de referenciação e avaliação das crianças, salientamos o trabalho de Couto (2014) que o estudou em várias ELI na zona norte do país. Verificou que, no processo de avaliação das referenciações, é realizada uma primeira avaliação na sede da equipa, com o objetivo de determinar a elegibilidade da criança no serviço, sendo as posteriores avaliações nos contextos naturais de vida da criança – contexto educativo e domiciliário, caso permaneçam dúvidas quanto à sua elegibilidade. A primeira avaliação é simultaneamente o primeiro contato com a família. Enquanto uns elementos da equipa realizam a entrevista à família, outros profissionais, no mesmo espaço físico, realizam uma atividade lúdica com a criança de forma a aferir acerca do desempenho nas diferentes áreas do desenvolvimento, o que, na maioria das situações, dificulta a partilha de informação sobre o desempenho da criança.

No mesmo estudo verificou-se, igualmente, que não existe um momento de planificação da avaliação com a família o que poderá revelar-se um obstáculo ao envolvimento desta na avaliação e satisfação da mesma. A discrepância nas respostas dos profissionais deriva da interpretação que cada um faz do que é uma intervenção centrada na família. Este trabalho apresenta recomendações no que diz respeito à importância em adotar uma intervenção centrada na família, quer no momento quer no processo, da primeira avaliação.

Parece-nos importante dar particular destaque a dois trabalhos desenvolvidos por Castro (2012) e Boavida-Silva (2013). De fato, as investigações que realizaram,

deram origem a um instrumento de avaliação cuja utilização seria uma mais-valia no processo de avaliação de crianças com PEA e a um programa de formação através da EBR, que testou e avaliou.

A investigação de Castro (2012), realizada na zona do Porto e Aveiro, tinha como objetivo fornecer evidências que apoiassem as potenciais vantagens do uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para crianças e jovens (CIF-CJ) no que diz respeito ao processo de avaliação/intervenção para crianças em idade pré escolar com PEA.

O seu primeiro estudo visou analisar e compreender a forma de organização do processo de avaliação/intervenção para crianças do pré-escolar com esta problemática. Concluiu que nenhum documento dos processos analisados continha aspetos fundamentais como metas de avaliação e era evidente a falta de consistência entre as dimensões de funcionamento avaliadas e as que são consideradas como foco de planeamento de intervenção.

O segundo estudo, de carácter metodológico, destinou-se a descrever a CIF-CJ e as medidas de funcionamento e desenvolvimento, a frequência de componentes e problemas de concordância entre avaliadores.

O terceiro estudo era sobre o que os especialistas consideravam como características essenciais para o processo de avaliação/intervenção com crianças pequenas com PEA. Estes identificaram muitos fatores ambientais como características essenciais para todo o processo com este tipo de crianças.

No quarto e último estudo, analisou como a CIF-CJ pode ser útil como uma estrutura para criar uma nova medida de avaliação, respondendo por todos os aspetos essenciais da funcionalidade no processo de avaliação-intervenção para estas crianças. Os resultados deste estudo sugerem que as crianças com PEA não diferem, como grupo, de crianças com outras necessidades especiais.

Os resultados dos três primeiros estudos desta autora (Castro, 2012) demonstram que a intervenção é focada principalmente na criança, sem qualquer avaliação das características ambientais, parecendo difícil para os profissionais implementarem na sua prática diária uma intervenção centrada na família. Evidenciam o fosso existente entre os princípios recomendados e as práticas reais dos profissionais. O estudo quatro destinava-se a facilitar a adoção da abordagem holística e multidimensional para a avaliação/intervenção, fornecendo uma nova ferramenta para a avaliação das crianças em idade pré-escolar e consequente intervenção

denominada matriz de avaliação das atividades e participação – MAAP. Na sua pesquisa, Castro (2012) ilustra a dificuldade dos profissionais no desenvolvimento consistente de avaliação/intervenção e sublinha a necessidade de desenvolver programas de desenvolvimento profissional.

Boavida-Silva (2013) desenvolveu na zona de Lisboa e Vale do Tejo um trabalho único, sobre a promoção da qualidade na elaboração dos planos educativos individualizados, dos planos de serviços para a família e respetivos objetivos, tinha como objetivo final contribuir para a disseminação as estratégias que permitissem diminuir o hiato existente entre a teoria e a prática e disseminar a utilização da EBR, para promover práticas de IPI baseadas nas rotinas.

O seu trabalho divide-se em quatro estudos. No primeiro avaliou a qualidade dos objetivos dos programas educativos individuais em Portugal, produzindo conhecimento inovador e consistente com estudos anteriores que demonstravam que tanto o PEI como o PIIP incluem objetivos de baixa qualidade. Os últimos três estudos baseiam-se na utilização da EBR, como instrumento de formação. Assim, o segundo estudo fundamenta e descreve em detalhe o trabalho de formação junto de 80 profissionais, de forma a obter mudança, melhoria e qualidade nos objetivos traçados, o terceiro investiga as propriedades da EBR e no último estudo centrou-se novamente na eficácia da formação nas mudanças da qualidade dos objetivos.

Quanto às respostas obtidas, estas permitiram a identificação de áreas para melhoria futura, como por exemplo fornecer mais oportunidades ao longo do tempo de revisão dos requisitos de participação no treino da EBR e/ou métodos de ensino em relação a professores de sala de aula regular. Sugere, ainda, a eficácia do treino para melhorar a qualidade das metas e objetivos.

#### **4 As crianças com perturbação do espectro do autismo (PEA)**

Nos últimos anos, temos vindo constatar um aumento do número de diagnósticos, cada vez mais precoces, em crianças com PEA e, na população atendida pelas ELI e EE em Portugal, esta problemática surge, atualmente, em número muito significativo.

A incidência deste tipo de deficiência tem vindo a aumentar em todo o mundo nas últimas décadas, não se sabendo se está relacionada com a melhoria das técnicas de diagnóstico. No entanto, o aumento da prevalência da PEA tem vindo a ser

estudado e nas publicações mundiais recentes (entre janeiro e 2013 e agosto de 2016) há investigações sobre o possível efeito da exposição à poluição do ar durante a gravidez e no primeiro ano de vida. Estes estudos, sobre a exposição à concentração de metais (ozono, monóxido de carbono, dióxido de nitrogénio, dióxido de enxofre, chumbo, níquel, mercúrio), concluíram que o risco para as crianças com PEA pode aumentar após exposição in útero a substâncias tóxicas do ar e pesticidas. O papel dos fatores ambientais tem tomada extrema importância nestes estudos desenvolvidos principalmente nos Estados Unidos da América (Posar & Visconti, 2017).

A PEA (*Autism Spectrum Disorder – ASD*), aparece na denominação atual da nova versão do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders – DSM–5 - 2014*). Nesta edição do manual, a perturbação autista, a perturbação de Asperger e a perturbação global do desenvolvimento são englobadas e denominadas PEA. Caracterizam-se por défices na comunicação e interação social e restrição e repetição de comportamentos, interesses e atividades. As perturbações dentro da DSM-V foram reordenadas segundo uma estrutura correspondente à ICD-11 (*International Classification of Diseases – 11th Revision*) que na altura estava agendada para 2015.

Milhorange (2013) refere que, em bebés a partir dos dois meses de vida, através da tecnologia *eye tracking* (técnica de acompanhamento do movimento ocular) numa versão adaptada para recém-nascidos, já é possível detetar sinais precoces que possam indicar um possível PEA. O mesmo autor defende que, quando a criança passa por uma intervenção antes dos 3 anos, há probabilidade de melhoria de 80% nos sintomas. Ozonoff, Rogers e Hendren (2003, citados por Milhorange, 2013) afirmam que se torna cada vez mais claro que, quanto mais cedo o diagnóstico for feito e a terapia comportamental for iniciada, melhores serão os resultados a longo prazo.

Mottron (2017) defende que, nos países mais desenvolvidos, a PEA pode ser o diagnosticada até aos 2 anos de idade, possibilitando a intervenção cada vez mais precoce. Quando os serviços são prestados mais precocemente, podem fazer a verdadeira diferença nos resultados, quer da criança quer nos seus problemas de desenvolvimento, já que o período da primeira infância é um tempo de grande oportunidade que poderá influenciar a criança durante toda a sua vida (Guralnick, 2017a; Shonkoff, 2010). Esta intervenção muito precoce é também essencial para a família e poderá diminuir os seus anseios (Shonkoff, 2000).

Normalmente é utilizada a escala de avaliação comportamental CARS – Escala de Avaliação do autismo infantil, para diagnóstico e avaliação dos sintomas do autismo, bem como para distinguir diagnósticos entre autismo e outras deficiências do desenvolvimento e avaliar a sua gravidade (Schopler et al, 2002, citados por Xu et al, 2018).

As manifestações da perturbação variam num contínuo de défices ligeiros a graves dependendo da gravidade da condição autista, ao nível do desenvolvimento e da idade cronológica, daí a utilização do termo espectro. A PEA engloba igualmente perturbações anteriormente denominados como, autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação, perturbação desintegrativa da infância, síndrome de Rett e síndrome de Asperger.

O mesmo manual, descreve que indivíduos com PEA podem apresentar frequentemente comprometimento intelectual ou perturbação do desenvolvimento intelectual e que muitas crianças com perturbação do défice de atenção/hiperatividade apresentam também uma perturbação específica da aprendizagem, com a apresentação de sintomas tanto de excesso quanto de défices e atrasos em atingir os marcos esperados. São normalmente diagnosticados com PEA quando os défices característicos de comunicação são acompanhados por comportamento excessivamente repetitivos, interesses restritos e insistência nas mesmas coisas (Motttron, 2017).

Para Telmo e Equipa Ajudautismo (2006) da PEA podem resultar as seguintes dificuldades:

- ✓ Comprometimento importante da capacidade para se envolver numa relação emocional com o dador principal de cuidados (o bebé pode parecer evitante ou desorganizado, mas apresenta formas subtis de relação ou relaciona-se de forma intermitente);
- ✓ Comprometimento importante da capacidade de formar, manter ou desenvolver a comunicação, que inclui a comunicação gestual, simbólica verbal e simbólica não-verbal;
- ✓ Perturbação importante do processamento auditivo, que envolve toda a esfera da perceção e da compreensão;
- ✓ Perturbação importante do planeamento motor, que se traduz em dificuldades na idealização e execução de sequências de movimentos;

- ✓ Perturbação do processamento de outras sensações, híper e hiporeatividade (a informação visual, espacial, táctil, proprioceptiva e vestibular).

A deficiência intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) é caracterizada por défices em capacidades mentais genéricas de que resultam défices no funcionamento adaptativo de modo a que o indivíduo não consegue atingir padrões de independência pessoal e responsabilidade social em um ou mais aspetos da vida diária, incluindo a comunicação, participação social, funcionamento académico ou profissional e independência pessoal em casa ou na comunidade. As perturbações da comunicação incluem a perturbação da linguagem, da fala, da comunicação social e da fluência com início na infância (gaguez).

A criança com autismo responde de forma diferente ao ambiente, em muitos casos desde o primeiro ano de vida. A criança pode demonstrar poucas interações sociais e, mesmo, não iniciar a interação social (Rogers & Dawson, 2014). A PEA torna-se evidente na primeira infância, com alguns casos que apresentam falta de interesse nas interações sociais (ainda durante os dois primeiros anos de vida), podendo ainda verificar-se a regressão da linguagem com a perda da fala em crianças com menos de 3 anos de idade, associada a uma regressão no desenvolvimento ou por uma condição neurológica específica como o síndrome de Landau-Kleffner.

Ao longo dos últimos anos, tem sido desenvolvidas várias metodologias de intervenção. A maioria é implementada de forma muito precoce e intensiva, categorizando-se em função da sua orientação teórica em metodologias: comportamentais, desenvolvimentais ou ensino estruturado. As intervenções comportamentais tem sido amplamente desenvolvidas, focadas tipicamente na aplicação da teoria da aprendizagem para fomentar o desenvolvimento das capacidades da criança, recorrendo a diferentes abordagens e utilizando uma combinação de estratégias de tratamento, em vez de por em prática apenas um modelo de intervenção (Prior et al, 2011, citados por Vinen, Clark, Paynter & Dissanayake, 2018).

Segundo a Academia Americana de Pediatria - AAP, o primeiro objectivo de qualquer intervenção é o de minimizar os défices existentes, maximizar as competências fortes da criança, promovendo a sua autonomia e qualidade de vida. "A intervenção deve ser capaz de estimular as seguintes áreas: cognição, socialização, comunicação, comportamento, autonomia, jogo e competências académicas"

(Bandeira, 2012, p. 41). Em Portugal, deparamo-nos com um vasto leque de abordagens verificando-se que o seu predomínio vai fluando ao longo do tempo consoante a posição defendida pela comunidade científica internacional (AMA, 2005).

Os tipos de intervenção mais frequentes são o modelo *Applied Behaviour Analysis* (ABA), modelo DIR - *Floor-Time*, metodologia *Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children* (TEACCH) - e modelo *Son Rise*. Tal como qualquer outro método de intervenção, deve ser antecedido por uma avaliação e pelo estabelecimento de um programa individualizado de intervenção e tem como principal finalidade ajudar a criança a desenvolver competências que conduzam à sua independência e autonomia (tanto quanto possível), trabalhando simultaneamente os seus défices.

O modelo ABA – Análise de Comportamento Aplicado, consiste numa abordagem baseada na compreensão do comportamento (repetir e reforçar) e na aprendizagem como o condicionamento operante, que é utilizada muitas vezes na IPI do autismo. Este método foi desenvolvido na década de 1960 por Lovaas e seus colaboradores, com o objetivo de ser usado na IPI (Martins, 2012). Nos seus estudos, o autor refere que a intervenção foi mais eficaz quando as crianças tinham menos de 4 anos de idade, quando as famílias estavam envolvidos na intervenção, sendo esta muito intensiva e estruturada (de 25 até 40 horas por semana). No entanto, nos últimos 50 anos foram realizadas muitas modificações e adequações, tornando-se o ensino mais naturalista e com um currículo mais abrangente (Motttron, 2017; Nunes & Araújo, 2014; Studer, Gundelfinger, Schenker & Steinhausen, 2017). Apesar de todas as adequações, a intervenção com este método deve iniciar-se precocemente, logo que a criança é diagnosticada e tem de ser intensiva (Xu et al, 2018).

É um método usado com o intuito de aumentar e manter comportamentos adaptados e desejados e generalizar esses mesmos comportamentos a novos ambientes e situações, daí que se baseie na recolha de informação sobre o comportamento para ter uma descrição o mais clara possível do problema de comportamento, identificando os antecedentes, consequências e outros fatores ambientais que contribuem para manter o comportamento desejado. É também recolhida informação sobre qual a motivação que está na base do comportamento de modo a melhor direcionar a criança e conduzi-la a adaptar o seu comportamento (Bandeira, 2012).

“O programa mundialmente conhecido por *Floor-Time* faz parte de um modelo de intervenção multidisciplinar, desenvolvido nos Estados Unidos, pela equipa do

professor S. Greenspan, em 2000” (Telmo & Equipa do Ajudautismo, 2006, p.48). É designado por modelo DIR, pois baseia a intervenção no nível de desenvolvimento da criança, nas suas diferenças individuais e na estruturação da relação. Este modelo é utilizado na IPI das crianças com PEA, podendo ser útil para qualquer criança que apresente dificuldades de relação ou de comunicação.

É um programa intensivo (estimula a criança várias horas por semana) e os pais deverão estar implicados nele. Não tem resultados comprovados cientificamente, mas é um programa que se baseia na partilha entre crianças e profissionais ou famílias. Apresenta, como principal objetivo, construir alicerces saudáveis para a aquisição das competências sociais, emocionais e cognitivas. Preconiza ainda uma classificação diagnóstica alternativa, pois classifica as PEA como *perturbações multicomplexas do desenvolvimento*.

Partindo do princípio que o bebé ou a criança com PEA possuem estas dificuldades básicas, ou parte delas, o modelo DIR pressupõe uma avaliação que estabeleça um perfil individual da criança, para, posteriormente iniciar a intervenção em três áreas específicas de intervenção: integração, *Floor-Time* e terapia da fala/comunicação aumentativa. Para a realização da avaliação, há que considerar, não só o contexto natural onde ela decorre, mas também a intervenção das famílias, educadores e outras figuras de vinculação que sejam importantes para a criança (Reis, Pereira & Almeida, 2016).

No modelo DIR, o primeiro módulo a implementar é o da integração sensorial e é baseado na estimulação conjunta do equilíbrio e do tato. O *Floor-Time* consiste numa terapia de jogo, onde são utilizados vários brinquedos, numa sala de jogo, normalmente desenvolvido no chão. A terapia da fala/comunicação aumentativa é a última fase do programa de intervenção terapêutica, que faz uso de programas estruturados para a promoção da comunicação, como por exemplo, o *Makaton*, onde os principais objetivos a atingir são o desenvolvimento da atenção mútua/envolvimento mútuo, do planeamento motor e da simbolização.

Para atingir estes objetivos, ao longo das sessões terapêuticas devem ser implementadas algumas estratégias, tais como: seguir e entrar na atividade da criança, persistir, tratar tudo o que a criança faz como intencional, colocar-se à frente da criança, entrar nas atividades perseverativas, não tratar o *não* ou o evitamento com uma rejeição, expandir, expandir, expandir – continuar, fazer-se desentendido, fazer coisas erradas, cumprir as ordens, interferir, nunca interromper ou mudar de assunto

enquanto houver interação, insistir numa resposta, criar problemas para resolver, fornecer um destino para as ações, responder a desejos reais através do faz-de-conta, substituir objetos por outros, dar significado simbólico a objetos e gestos, desenvolver as ideias da criança, falar com os bonecos (...) (Telmo & Equipa Ajudautismo, 2006).

Assim, podemos concluir que este modelo enfatiza o jogo e a interação social positiva para promover o aumento das competências sociais e emocionais; promove o prazer, o acolhimento e a reciprocidade nas relações; ajuda a transformar as ações da criança em interações e ensina as famílias a relacionarem-se com a criança de forma mais relaxada e feliz. "As críticas a este modelo apontam para falta de estudos que comprovem os efeitos terapêuticos do modelo. Para além disso, deixa de lado a estimulação de aprendizagens cognitivas e académicas que são imprescindíveis para um desenvolvimento no autismo" (Bandeira, 2012, p. 44)

A metodologia TEACCH surgiu na década de 1970, na Universidade de Chapel Hill (Califórnia) e foi elaborado com o objetivo de dar resposta às necessidades das famílias das crianças com PEA com os quais o professor Eric Schopler e a sua equipa tinham contactado durante a sua investigação sobre o autismo. Este incluía as famílias ativamente no processo terapêutico dos seus filhos e apelidou-os de co-terapeutas. A filosofia deste programa consiste em ajudar cada criança com PEA a crescer da melhor maneira, tentando minimizar os seus problemas de comunicação, promovendo a sua autonomia na família, na escola e na comunidade envolvendo um programa completo de serviços de educação e saúde.

Apresenta uma orientação cognitiva e comportamental e a sua força vêm da coerência com que está organizado e do esforço desenvolvido para proporcionar os instrumentos necessários e as estratégias adequadas que respondam às necessidades específicas de cada criança. Segundo Telmo e Equipa Ajudautismo (2006), este programa vêm responder diretamente a muitas das necessidades educativas e terapêuticas das crianças com PEA, regendo-se pelos princípios orientadores de melhoria das capacidades adaptativas da criança, colaboração entre famílias e profissionais, avaliação individualizada para determinar a intervenção, reforço das capacidades do aluno, teoria cognitiva e comportamental, modelo generalista de formação dos profissionais envolvidos e ensino estruturado.

A metodologia TEACCH centra-se nas áreas fortes de processamento normalmente encontradas nas pessoas com PEA (processamento visual, memorização de rotinas e interesses especiais) e tenta promover especificamente as capacidades de

comunicação, organização e partilha social, tendo sido especificamente concebido para compensar as dificuldades detetadas neste grupo. O conhecimento isolado das metodologias de intervenção do programa TEACCH permite dar respostas educativas adequadas e imediatas ao aluno com PEA.

As salas TEACCH são altamente estruturadas, com rotinas previsíveis e onde se recorre ao uso de estratégias visuais. As quatro componentes principais do ensino estruturado são a estruturação física da sala, a informação visual colocada na sala, o plano de trabalho e as pistas facilitadoras do desempenho. A sala é dividida em áreas de trabalho claramente definidas, de acordo com a atividade específica que nela se desenvolve. Normalmente, são seis as áreas de aprendizagem que compõem uma sala TEACCH: aprender, trabalhar, computador, reunião, trabalho de grupo e brincar.

Todas as áreas de trabalho são claramente identificadas através da informação visual por imagens, símbolos ou pictogramas, que permitem ao aluno perceber em que espaço vai realizar as tarefas. No que se refere às pistas facilitadoras do desempenho, estas são ferramentas importantes no ensino das crianças com PEA, pois funcionam como mecanismos que ajudam as crianças a olhar para as instruções. Em suma, o programa TEACCH pode ser adaptado a necessidades individuais e diferentes níveis de funcionamento, visto que se baseia na avaliação individualizada das áreas fortes e fracas de cada indivíduo (Bandeira, 2012). Em Portugal, a primeira sala TEACCH foi inaugurada em 1996, impulsionada pela Equipa de tratamento do autismo do Prof. Luís Borges, no Hospital Pediátrico de Coimbra.

O modelo *Son-Rise* foi criado na década de 1970, por Barry Neil Kaufman e Samanhria Kaufman, após saberem que o seu filho tinha um autismo severo e incurável, com um QI abaixo de 40. Na sequência do diagnóstico os autores/pais foram aconselhados a institucionalizar o seu filho devido à sua *condição sem boas perspetivas futuras*, no entanto desenvolveram um programa para ser aplicado em casa, centrado na criança e com uma abordagem muito relacional e com grande ênfase na iniciativa da criança. Criaram uma espécie de *quarto de brincar*, na sua própria casa, para trabalhar com o seu filho, tendo como base um currículo próprio criado por eles.

O programa baseia-se numa abordagem relacional, onde a relação interpessoal é valorizada e tem como principal objetivo ensinar os pais a interagir de forma afetuosa e divertida com a criança, potenciando o seu desenvolvimento social, emocional e cognitivo. O currículo é composto por quatro fundamentos (domínios): contato visual

e comunicação não-verbal, comunicação, atenção conjunta e flexibilidade. Em cada domínio podemos encontrar cinco estágios agrupados em três níveis: básico, intermédio e avançado.

No que diz respeito às várias abordagens que temos vindo a descrever e aos resultados dos estudos que têm vindo a ser realizados, foi possível constatar não haver uma abordagem única que seja completamente eficaz para ser aplicada a crianças com PEA, mas são identificados alguns elementos considerados como melhores práticas na IPI. Destaca-se que a intervenção seja baseada no perfil individual da criança, tenha enfoque no seu desenvolvimento, analise os fatores de stresse familiar, conciliando os apoios necessários (sociais, clínicos e terapêuticos) e envolva as famílias como parceiros e agentes ativos na intervenção (Nunes & Araújo, 2014).

Algumas famílias e profissionais acreditam que determinadas abordagens terapêuticas desempenham um papel importante no desenvolvimento das capacidades comunicativas e na redução dos sintomas comportamentais associados a esta deficiência. Estas terapias complementares podem incluir música, arte, integração sensorial, integração auditiva, terapias com animais (cães, cavalos, golfinhos, etc.), podendo ser realizadas individualmente ou em grupo. O seu contributo prende-se com a criação de oportunidades de comunicação, desenvolvendo a interação social e proporcionando a aquisição de competências importantes. Estas abordagens podem facultar, à criança com PEA, formas positivas e seguras de desenvolver relações em ambientes protegidos (AMA, 2005). “Não há uma estratégia de ensino que sirva para todos. Cada situação educativa pode requerer uma estratégia diferente, cada pessoa pode necessitar de modificações nas estratégias” (Telmo & Equipa do Ajudautismo, 2006, p.37).

Apesar de ser um problema estudado desde há muito tempo, ainda há muito por investigar, continuando a PEA a surpreender pela multiplicidade de características que as crianças podem apresentar.

Investigações recentes referem a importância da IPI no desenvolvimento global da criança com PEA, uma vez que o seu objetivo é tornar a criança o mais independente possível. No geral, os programas de IPI tem sido propostos como programas significativos para reduzir as futuras dificuldades das crianças com PEA, sendo que as linhas orientadoras defendem que a intervenção deve começar o mais cedo possível, logo que se saiba o diagnóstico e que todas as avaliações e programas individualizados

deverão ser transversais a todos os contextos, domicílio, JI ou instituição (Paynter et al, 2012, citados por Reis, Pereira & Almeida, 2016).

Leadbitter et al, (2018) defendem no entanto, que faltam medidas que reflitam as prioridades da intervenção das famílias das crianças com PEA e que avaliem o impacto das intervenções na experiência familiar e na sua qualidade de vida. As famílias podem dar uma contribuição muito importante no que diz respeito a especificar qual o tipo de intervenção que é a mais importante e melhor se ajusta a eles, ao seu filho e à sua família. A partir daí é possível definir o critério da intervenção. Não podemos esquecer que, além da criança, a intervenção engloba a família e o bem estar desta.

Dado que a infância é considerada um período de grande plasticidade no desenvolvimento cerebral e potencial da aprendizagem, é de esperar que as experiências de intervenção cada vez mais precoces contribuam para alterações no comportamento e comunicação, que permitam o desenvolvimento mais elaborado da linguagem, jogo social e simbólico e iniciações sociais (Rogers & Dawson, 2014).

Em Portugal tem sido desenvolvidos alguns trabalhos académicos nesta área nomeadamente sobre a inclusão da criança com PEA. Martins (2012) conclui que as práticas educativas adotadas pela escola, da qual fizeram parte as crianças estudadas, ainda tem um longo caminho a percorrer no sentido de se tornarem verdadeiramente inclusivas e promotoras de equidade, denotando-se igualmente necessidades de transformação no processo de ensino aprendizagem e nas suas atitudes que o colocam em prática.

Braga (2010), Correia (2011) e Covas (2012) desenvolveram os seu estudos no âmbito das atitudes, representações e perspectivas das famílias e dos profissionais no que diz respeito às crianças com PEA e a importância da IPI no seu desenvolvimento. Algumas das conclusões relatam que, para os profissionais, as exigências educativas são maiores quando existem na sala crianças com NEE, pois sentem tensão adicional que, para além de diminuir a sua capacidade para prestar atenção às necessidades académicas e sociais das crianças sem NEE, aumentando a sua frustração e angústia.

Braga (2010) descreve que o fundamental para os profissionais é conhecerem a problemática e interessarem-se por ela, para melhor incluir os alunos com esta problemática e promover medidas educativas coerentes e eficazes. A experiência de trabalho com crianças com esta problemática e a formação na área revela atitudes e representações sociais mais favoráveis à inclusão. Para além disso, é fundamental que as famílias e os profissionais sejam vistos como um todo e que trabalhem em equipa.

Correia (2011) e Covas (2012), concluem que o trabalho das ELI contribui para o desenvolvimento global da criança com PEA, sendo este fundamental. As crianças com este tipo de patologia e que tenham tido apoio por parte da IPI obtém melhores resultados tanto ao nível da aprendizagem, como ao nível da integração social, sendo de vital importância a cooperação entre as famílias e os profissionais de forma a que seja dada uma continuidade ao trabalho desenvolvido por ambos.

Apesar de todas as abordagens de intervenção que referimos serem também implementadas em Portugal, ao nível da IPI, até aos 6 anos de idade, não existem em JI, modelos específicos no contexto. São as famílias, a nível particular, que procuram e podem encontrar terapias em centros de intervenção, tornando-se essencial que os profissionais de IPI interajam regularmente com os outros profissionais que apoiam as mesmas crianças.



## CAPÍTULO II - OBJETO DE ESTUDO E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Neste segundo capítulo apresentamos os objetivos do nosso estudo e as questões de investigação que nos moveram. Este trabalho foi iniciado no ano de 2012, após a entrada em funcionamento das ELI por protocolo assinado a 21 de junho de 2011 pelos representantes do MTSS, MS e MEC, tendo como base o Decreto-Lei n.º 281 de 6 de outubro de 2009.

O nosso estudo tem como objetivo analisar as práticas no âmbito das ELI e da EE, fazendo uma comparação entre elas, através de entrevistas às famílias e profissionais usando a EIFF, adaptada por Pimentel (2003a) da *Family Focused Intervention Scale* de Mahoney, O'Sullivan e Dennenbaum (1990) e das observação das práticas a partir da *Inclusive Classroom Profile* (Soukakou 2007, citado por Albergaria, 2012).

Pretende-se, assim, dar continuidade aos trabalhos realizados sobre a avaliação das práticas para a promoção da qualidade dos programas de IPI, por Cordeiro (2004), Pimentel, Correia e Marcelino (2011) e Arroz (2015).

No final da recolha de dados, sentimos a necessidade de complementar o nosso trabalho com entrevistas efetuadas a três mães. Na primeira fase de recolha de dados, três mães participaram no nosso estudo, enquanto apoiadas pelos profissionais das ELI – dois casos em domicílio e um em creche. Mais tarde, quando procedemos à recolha de dados junto dos agrupamentos de escolas do MEC, os mesmos casos, acidentalmente foram sinalizados, agora em acompanhamento por profissionais de EE do MEC. Pareceu-nos interessante e pertinente, aproveitando a oportunidade deste ato totalmente fortuito. Sendo que três casos se encontram repetidos no nosso estudo, no entanto com resultados diferentes uma vez que as valências, contextos e tipo de intervenção são totalmente distintos.

### 1 Objetivos do estudo

O nosso estudo tem como objetivo geral, analisar as práticas atuais de IPI em Portugal, contribuindo para a melhoria das mesmas. As políticas vigentes em Portugal têm procurado ir de encontro à literatura orientadora internacional que preconiza a intervenção focada na família, no entanto quando falamos das NEE, não podemos esquecer que existem dois diplomas normativos, como já referimos anteriormente.

Estudos recentes realizados em Portugal continental, Açores e Madeira no âmbito das práticas (Arroz, 2015; Cabral, 2006; Castro, 2012; Gronita, 2014; Oliveira, 2011; Pereira & Serrano, 2014; Santos, 2016) não refletem uma perspetiva adequada centrada na família. Mendes (2010) demonstra, igualmente, que as práticas centradas na família não estão ainda consolidadas, devendo ser promovida a implementação das mesmas junto dos profissionais e famílias. Os estudos realizados sobre as perceções dos profissionais e das famílias envolvidos em processos de intervenção precoce apontam para um trabalho ainda muito centrado na criança (Almeida, 2011; Augusto et al, 2013; Pimentel, 2003b, 2004, 2005).

O estudo que agora apresentamos foi realizado em vários contextos que se diferenciam (domicílio, creche e JI apoiado por profissionais das ELI e JI da rede pública apoiado por profissionais da EE) uma vez que o normativo que os regula é diferente (Decreto-Lei n.º 281/2009 e Decreto-Lei n.º 3/2008, respetivamente). Com a dualidade existente nos apoios às crianças por parte dos profissionais das ELI e dos profissionais do MEC, propusemo-nos analisar as perceções das famílias e dos profissionais relativamente às práticas implementadas nos vários contextos.

Tendo em consideração o quadro teórico atual e as discrepâncias dos contextos e serviços de IPI em Portugal, os seguintes objetivos orientam a nossa investigação:

- ✓ Comparar as perceções das famílias e dos profissionais sobre as práticas nos diferentes contextos de atendimento;
- ✓ Comparar as perceções sobre a importância que as famílias e os profissionais atribuem às práticas nos diferentes contextos de atendimento;
- ✓ Observar e analisar as práticas de IPI em diferentes contextos de prestação de serviços – ELI (domicílio, creche e JI) e EE do MEC (JI) ;
- ✓ Avaliar em qual dos contextos, estas práticas se adequam ao modelo de intervenção centrado na família.

Embora há muito se reconheça que os dados obtidos por questionários ou escalas sobre perceções nos dizem pouco sobre a adequação das práticas implementadas, estudos de observação não têm sido frequentes, pelo que esperamos que este estudo venha, de fato, a contribuir para uma reflexão acerca do que é, atualmente, a IPI no distrito de Lisboa.

## 2 Questões de investigação

Decorrente dos objetivos de estudo, formulámos as seguintes questões de investigação:

1. Será que existem diferenças, nas perceções das famílias e dos profissionais, sobre os serviços recebidos/prestados e a importância que lhe atribuem, entre os valores médios do fator 1 e 2 da EIFF, obtidos por Pimentel (2003b, 2005) e os que obtivemos no âmbito do presente estudo?

Pimentel (2003a) apresenta a adaptação da *Family Focused Intervention Scale* de Mahoney, O'Sullivan e Dennenbaum (1990), relativamente aos serviços recebidos/prestados por famílias e profissionais e à importância atribuída aos mesmos. A EIFF pode ser usada a nível da avaliação para a análise das perceções dos serviços recebidos pelas famílias e identificação das forças e fraquezas dos serviços focados na família, e para a comparação das perceções dos profissionais relativamente aos serviços que considera prestar à criança e à família.

Pimentel (2003b, 2005), através de algumas questões de investigação do seu estudo, analisou se o apoio prestado às crianças em idade pré-escolar no distrito de Lisboa era focado na família, se os serviços que as famílias percecionavam receber correspondiam aos serviços que os profissionais percecionavam prestar e se as perceções das famílias e dos profissionais quanto à quantidade e à importância dos serviços recebidos/prestados variavam em função das características das equipas em que os profissionais estavam inseridos. Estudou, ainda, a influência que várias variáveis poderiam ter influência nas perceções das famílias e profissionais relativamente ao tipo de serviços (recebidos/prestados). Conclui que, apesar de não haver um grande envolvimento e participação da família na intervenção, estas estão maioritariamente satisfeitas com o apoio que recebem. A maioria considera que esse apoio se adapta à sua vida familiar e corresponde ao que desejava, demonstrando preferência por todos os serviços que podem ser denominados por serviços focados na criança, apoio direto, informação sobre o filho e orientação relativamente à forma de cuidar do filho, referindo que não desejam qualquer serviço relacionado com orientação para outros serviços, contato de pais de outras crianças com problemas, formação de pais, suporte/apoio relativamente a outros problemas seus ou da família e

apoio emocional. Conclui, igualmente, que ao nível das práticas recomendadas, estas não estão a ser implementadas, continuando a intervenção centrada na criança sendo ela, e não a família, o foco de avaliação e intervenção.

O estudo salienta, igualmente, o fato da intervenção ser maioritariamente realizada em contextos naturais e inclusivos, privilegiando-se o contato da criança com os pares da mesma idade e sem deficiência.

2. De que forma os apoios de IPI no distrito de Lisboa, às crianças dos 0 aos 6 anos e respetivas famílias, se enquadram numa perspetiva de intervenção centrada na família e nos contextos naturais?

Arroz (2015) no seu estudo sobre as práticas de intervenção em IPI, verificou que, mesmo quando os profissionais estão familiarizados com o modelo de intervenção centrado na família, demonstram ainda dificuldades em operacionalizar esse princípios no quotidiano, predominando as práticas orientadas para a criança. Verificou ainda que, mesmo quando a intervenção é realizada em contextos e momentos onde faria sentido um trabalho baseado nas rotinas, esta continua a ser maioritariamente centrada na aquisição de competências da criança, cuja funcionalidade nem sempre é significativa. Como já foi referido anteriormente, McWilliam (2010) salienta a importância da aquisição das competências da criança que deverão ser sistematicamente trabalhadas nas rotinas e nos contextos naturais. Também Almeida (2009) identificou alguns problemas ao nível das práticas centradas na família, nomeadamente por não se verificar um envolvimento ativo das famílias nas escolhas e tomadas de decisão no processo de avaliação/intervenção. Conclui, assim, haver ainda por parte dos profissionais, alguma dificuldade, na passagem para as atuais recomendações. Gronita (2014) após caracterizar os programas e equipas de IPI, observou grande heterogeneidade originando diferentes modelos organizativos das respostas, evidenciando uma diversidade muito acentuada no que diz respeito aos tipos de intervenção. Estas práticas diferenciadas parecem decorrer de características específicas das famílias/crianças, dos profissionais envolvidos, da comunidade e dos diferentes contextos onde ocorre a intervenção, mas também, da dimensão organizativa e dos procedimentos de gestão dos organismos de IPI.

3. Que diferenças são observadas entre a prestação de serviços em função do contexto de atendimento?

Mendes (2010) no seu estudo, conclui que a intervenção ocorre, na sua maioria, em contextos educativos formais e tende a apresentar características mais centradas nas crianças sempre que estas estão em creche e JI. Independentemente do contexto, as atividades devem ser usadas como oportunidade de aprendizagem, no dia a dia, de forma a apresentar mais ganhos para as crianças. No estudo acima referido, constatou-se que, quer no que respeita ao contexto (domicílio, creche e JI) quer ao foco da intervenção (direta com a criança ou mediada pelo cuidador) ambas são influenciadas tanto pelo tipo de situação de risco, como pela área disciplinar do profissional que presta o apoio.

4. Quais as diferenças nas perceções das famílias e profissionais das crianças entre os 0 e os 3 anos de idade, que são atendidas pelos profissionais das ELI em domicílio e creche?

Não conhecemos nenhum estudo que tenha sido realizado no âmbito da temática desta questão de investigação que, por esse motivo, pode ser considerada uma questão inovadora, cujos resultados poderão contribuir para uma reflexão mais aprofundada do que se considera serem práticas recomendadas para a intervenção nestes contextos.

5. Será que o apoio prestado e observado pelos profissionais das ELI a crianças entre os 3 e os 6 anos de idade, em instituições particulares e de solidariedade social é idêntico ao dos profissionais de EE do MEC?

Não conhecemos nenhum estudo que tenha sido realizado no âmbito desta temática. Comparar os apoios prestados às crianças dos 3 aos 6 anos de idade, nos diferentes contextos das prestações de serviços pode, assim, ser considerado um tema de estudo inovador. No entanto, o artigo conjunto de Pinto et al, (2009) refere esta questão como um entrave/barreira, dada a existência de duas normas legislativas que regulam a IPI e a EE e que representam um sério desafio em torno da prestação de serviços.

6. Quais as diferenças nas perceções das famílias e profissionais das crianças entre os 3 e os 6 anos de idade, que são atendidas pelos profissionais das ELI no JI e pelos profissionais da EE no JI do MEC?

Não conhecemos nenhum estudo que tenha sido realizado no âmbito da temática da questão de investigação 6 que, por esse motivo, pode ser considerada, tal como a questão 4, uma questão inovadora cujos resultados poderão contribuir para uma reflexão mais aprofundada do que se considera serem práticas recomendadas para a intervenção nestes contextos.

7. Será que existem diferenças entre as perceções das famílias e profissionais, sobre os serviços recebidos/prestados e a importância que lhe atribuem em função da idade da criança apoiada?

Oliveira (2011) defende que os programas de IPI são mais efetivos se começarem cedo, daí apontar a idade da criança no início de apoio como um indicador importante da eficácia dos programas. Quanto mais cedo a criança for identificada, maior é a probabilidade de que esta beneficie das estratégias de intervenção para compensar as suas necessidades. A idade da criança é um fator que influencia o grau em que os serviços são focados na família. Pimentel (2003b, 2005) estudou as variáveis da idade da criança e a idade de início de apoio e os serviços focados na criança na perceção das famílias, tendo concluído que, quanto mais velha é a criança e quanto mais tarde inicia o apoio, menor é a quantidade de serviços focados na criança que esta recebe. No que diz respeito às perceções dos profissionais, os resultados encontrados neste estudo foram iguais.

8. Será que existem diferenças entre as perceções das famílias e profissionais, sobre os serviços recebidos/prestados e a importância que lhe atribuem em função do tempo de serviço dos profissionais de apoio, quer das ELI quer do MEC?

Oliveira (2011) refere que o tempo de serviço dos profissionais é um fator que influencia o grau em que os serviços são focados na família e tem um impacto significativo nas práticas centradas na família. Gronita et al, (2011) verificaram no seu

estudo, através de questionários de autoavaliação aos profissionais, uma correlação significativa entre o tempo de serviço e o uso de práticas ideais, ou seja, os profissionais com menos de 6 anos de serviço avaliaram as suas práticas como estando próximas das práticas ideais, enquanto os profissionais com 6 ou mais anos de serviço parecem não utilizar as práticas mais recomendadas. Também Santos (2016) constatou, no seu estudo, que a maioria dos profissionais da sua amostra, embora já trabalhassem há muito tempo, trabalhavam na ELI há menos de 5 anos. Põe como hipótese que este fator poderá ser muito importante para as suas perceções, nomeadamente no que diz respeito ao funcionamento de uma equipa, em que o modelo transdisciplinar recomendado exige que os profissionais adquiram confiança em si e nas relações com os outros. Mendes (2010) também conclui que os profissionais que desempenham funções há menos de 10 anos se auto avaliam como tendo práticas de melhor qualidade. Em 2009 o estudo de Pereira e Serrano também revelou que a variável tempo de serviço em IPI influenciava as práticas, tendo constatado que os profissionais com 10 ou mais anos de serviço na IPI evidenciavam melhores resultados, quando comparados com outros com menos tempo de serviço na IPI.

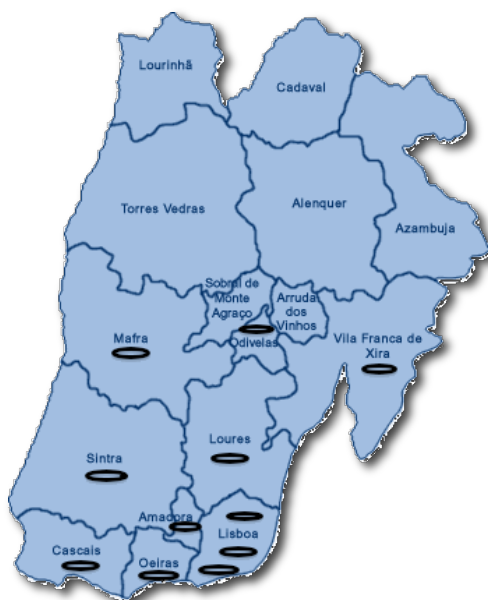


## CAPÍTULO III - MÉTODO

No terceiro capítulo do trabalho, descreveremos com detalhe as condições em que o nosso estudo foi realizado, nomeadamente a seleção dos participantes, os instrumentos e procedimentos utilizados. Para a recolha e conseqüente análise de dados recorreremos a uma metodologia mista, através do método quantitativo para EIFF e qualitativo para os dados de observação com a ICP e entrevista estruturada.

### 1 Participantes

O estudo foi realizado no distrito de Lisboa e abrangeu famílias e profissionais que prestam apoio nas ELI e na EE do MEC, a crianças dos 0 e os 6 anos de idade com diagnóstico de PEA. Para esta investigação foi realizado um estudo de 36 casos abrangendo diretamente crianças, famílias e profissionais das ELI e da EE pertencentes a agrupamentos de escolas do MEC.



**Figura 1.** Mapa do distrito de Lisboa com as ELI e os agrupamentos de escolas que participaram no estudo

Foram contactados os coordenadores das 15 ELI dos distrito de Lisboa (a ELI de Azambuja pertence atualmente ao distrito de Santarém), solicitando que, de forma aleatória, fossem escolhidas três crianças apoiadas por cada uma delas. O tipo de deficiência foi por opção selecionada, com o intuito de uniformizar a amostra do nosso estudo. Como já referimos anteriormente, temos vindo a observar o diagnóstico cada vez mais precoce de PEA em crianças até aos 6 anos de idade, com tendência a aumentar em todo o mundo.

Para a recolha da amostra, solicitamos a cada uma das 15 ELI, que nos fosse sugerido um caso dos 0 aos 3 anos em contexto de domicílio, um caso dos 0 aos 3 anos em contexto de creche e um caso dos 3 aos 6 anos em contexto de JI. Assim, caso tivéssemos recebido respostas positivas, teríamos 45 casos dentro das condições pretendidas. No entanto, apenas 11 ELI se disponibilizaram a participar no estudo, pelo que apenas tivemos 25 casos provenientes de ELI. Posteriormente foram contactados os agrupamentos de escolas do MEC, um por cada zona geográfica de cada ELI participante, solicitando um caso dos 3 aos 6 anos em contexto de JI da rede pública do MEC e apoiados pela EE, perfazendo 11 casos.

#### Quadro 1

##### **Distribuição das crianças pelos vários contextos de intervenção em função do apoio por técnicos/profissionais das ELI e do MEC**

	Contextos			
	Domicílio	Creche	J.I. ELI	J.I. MEC
Caso 31		Caso 1	Caso 2	Caso 17
Caso 32		Caso 6	Caso 3	Caso 18
Caso 33		Caso 7	Caso 4	Caso 19
Caso 34		Caso 10	Caso 5	Caso 20
Caso 35		Caso 11	Caso 8	Caso 21
Caso 36		Caso 13	Caso 9	Caso 22
		Caso 15	Caso 12	Caso 23
		Caso 16	Caso 14	Caso 24
			Caso 26	Caso 25
			Caso 27	Caso 28
			Caso 29	Caso 30
Total	6	8	11	11

Como podemos verificar no Quadro 1, os casos encontram-se numerados de 1 a 36 de acordo com o momento de avaliação. Excetuam-se os casos de domicílio que optamos por apresentar no final. Cada caso aparece identificado com um número.

Foram estudados seis casos em domicílio e oito em creche. No caso do JI, o número foi igual em JI ELI e JI MEC (11 casos).

Quadro 2

**Adultos presentes no contexto, no momento da observação, para além do observador**

Adultos presentes	Contextos			
	Domicílio	Creche	J.I. ELI	J.I. MEC
Docente sala Docente ELI Auxiliar	-	Caso 1, 6, 7, 16	Caso 3, 4, 5, 8	-
Docente sala Docente ELI	-	Caso 11, 15	Caso 14, 26, 27, 29	-
Docente sala Psicólogo ELI Auxiliar	-	Caso 10, 13	-	-
Docente sala Psicólogo ELI Estagiária ELI	-	-	Caso 2	-
Docente ELI	Caso 31, 32	-	Caso 12	-
Docente ELI Avó	Caso 36	-	-	-
Psicóloga ELI Estagiária ELI	-	-	Caso 2	-
T. Ocupacional ELI	-	-	Caso 9	-
T. Ocupacional ELI Mãe Pai	Caso 34	-	-	-
Técnico de reabilitação Avó	Caso 35	-	-	-
Ajudante familiar ELI Mãe	Caso 33	-	-	-
Docente sala Docente MEC Auxiliar	-	-	-	Caso 20, 22, 28
Docente sala Docente MEC	-	-	-	Caso 17
Docente MEC Auxiliar	-	-	-	Caso 23
Docente MEC	-	-	-	Caso 18, 19, 20, 21, 24, 25, 30

No que diz respeito aos adultos presentes no contexto, no momento da observação, podemos verificar os resultados no Quadro 2. Salientamos os casos 2 e 20 que aparecem simultaneamente em dois contextos. No caso 2 (contexto de JI ELI) a primeira observação foi realizada em sala de apoio e a segunda em contexto de sala de

aula, por isso diferir a presença dos adultos. O mesmo se passa no caso 20 (contexto de JI MEC) em que a primeira observação foi realizada em contexto de sala de aula e a segunda em sala de apoio. De salientar, igualmente, o caso 23 em que as duas observações decorreram no mesmo contexto, em sala de ensino estruturado. Nesta sala a docente responsável era igualmente a docente de EE do MEC.

Gostaríamos de fazer uma ressalva aos casos 10 e 19. No caso 10, apesar das duas observações terem decorrido em contextos diferentes (primeira no refeitório e segunda na sala de aula) os adultos presentes foram os mesmos (docente da sala, psicólogo da ELI e auxiliar). No caso 19, a primeira observação decorreu em contexto de sala e a segunda em sala de apoio, no entanto, no momento da observação em contexto de sala, as restantes crianças encontravam-se em outro espaço.

As observações dos casos 31 ao 36 decorreram em contexto de domicílio, onde as crianças se encontravam durante o dia. No que diz respeito aos casos 35 e 36, o local (contexto de domicílio) é a casa da avó, com quem a criança fica durante o dia para que os pais possam trabalhar.

### 1.1 Caraterização das crianças

Como já foi referido, a recolha de dados foi realizada a partir de uma amostra por conveniência, sendo que todas as crianças à data da recolha dos dados, apresentavam diagnóstico ou suspeita de diagnóstico que se enquadra dentro da PEA e as suas idades estavam compreendidas entre os 0 e os 6 anos de idade.

Os casos estudados nas ELI (n=25) são provenientes de diferentes contextos (domicílio, creche e JI), para que se possam observar e comparar as práticas em variados contextos onde a IPI intervém. Os casos estudados no MEC (n=11) são todos provenientes de JI, e foi nesse contexto que foram observados.

#### Quadro 3

##### Distribuição das crianças por género

	Género	
	Masculino	Feminino
	27	9
Percentagem	75%	25%

No que diz respeito ao género, tal como consta no Quadro 3, participaram 36 crianças no estudo, atendidas pelos profissionais das ELI e da EE do MEC, sendo 27 do género masculino e nove do género feminino.

#### Quadro 4

##### Distribuição da idade das crianças, por contexto, à data da observação

Contexto	Idade das crianças, por contexto à data da observação					
	1-2 anos	2-3 anos	3-4 anos	4-5 anos	5-6 anos	> 6 anos
Domicílio	2	2	2	-	-	-
Creche	-	4	4	-	-	-
JI ELI	-	-	2	3	5	1
JI MEC	-	-	1	2	4	3

Ao analisarmos o Quadro 4, da idade das crianças à data das observações, verificamos que, em contexto de domicílio, duas crianças já apresentavam 3 anos de idade, no entanto, a data de aniversário era recente. Em contexto de creche, o mesmo se verifica em quatro casos. Podemos ainda verificar que, em quatro casos, as crianças já tinham idade superior a 6 anos. Em três situações as crianças tinham completado os 6 anos de idade desde o início do ano civil. A outra criança acompanhada pelo JI MEC encontrava-se com um adiamento de escolaridade.

Quando foi solicitado às famílias e aos profissionais que apoiavam as crianças o preenchimento da EIFF, foi possível recolher informação, que nos permitiu compreender desde quando, as mesmas tinham o PIIP e PEI.

#### Quadro 5

##### Caraterização das crianças com PIIP e PEI

Documentos	Desde há quanto tempo as crianças tem PIIP/PEI					
	< 12 meses	1 a 2 anos	2 a 3 anos	3 a 4 anos	4 a 5 anos	Não tem
PIIP	13	4	6	0	1	1
PEI	5	1	2	2	1	-
Total	18 casos	5 casos	8 casos	2 casos	2 casos	1 caso

A partir do resultados apresentados no Quadro 5, podemos concluir que a maior parte das crianças tem os documentos normativos, PIIP e PEI há menos de 12 meses. Foi possível verificar que uma das crianças acompanhadas pela ELI (em contexto de creche) não tem o PIIP, apesar de ser acompanhado há cerca de 1 ano, por decisão do

profissional que a acompanha, não tendo a família, à data da nossa entrevista, conhecimento que deveria ser efetuado este documento.

Todos os casos observados e apoiados pelos profissionais das ELI, em contexto de domicílio, creche e JI estão ao abrigo do Decreto-Lei n.º 281/20199 e têm PIIP (com exceção do caso 10 em contexto de creche). O mesmo se passa com todos os casos apoiados pelos profissionais em contexto de JI MEC que estão ao abrigo do Decreto-Lei n.º 3/2008 e tem PEI.

A partir da *Inclusive Classroom Profile* (Soukakou 2007, citado por Albergaria, 2012), foi possível, junto das docentes responsáveis da sala onde as crianças se encontravam, recolher outro tipo de dados que nos pareceu significativo para o nosso estudo, como é o caso do número de crianças por sala.

#### Quadro 6

##### Caraterização do número de crianças por sala

Contextos	Número de crianças por sala												
	10	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27
Creche	1	4	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
JI ELI	-	1	-	1	-	1	-	2	-	2	2	1	1
JI MEC	-	-	-	-	1	2	4	1	2	-	1	-	-
Total	1	5	2	1	2	3	4	3	2	2	3	1	1

Como podemos verificar através dos dados do Quadro 6, encontramos diferenças no número de crianças por sala. Desde 10 crianças (em creche) até salas com 27 crianças (JI acompanhadas pela ELI). As salas de creche são as que tem menor número de crianças. No JI ELI o número varia entre 15 e 27 crianças e no JI MEC entre 18 e 24 crianças.

Não podemos deixar de referir que, em contexto de domicílio no caso 34, estavam presentes na sala onde decorreu a observação, mais duas crianças. Uma irmã gémea e um irmão mais novo. No entanto, no decorrer da observação nenhuma das crianças interagiu com a que estava a ser observada.

## 1.2 Caraterização das famílias

Como tem vindo a ser referido, a amostra total é constituída por 36 crianças, o que corresponde a 36 famílias. Na entrevista para o preenchimento da EIFF,

compareceram maioritariamente mães (25 casos), em dois casos apenas o pai respondeu e em oito casos ambos os pais estiveram presentes, como podemos verificar pela leitura do Quadro 7. Houve ainda um caso em que foi a avó que respondeu na entrevista, uma vez que, no que diz respeito à situação jurídica da criança, esta está sobre a sua tutela.

#### Quadro 7

##### **Caraterização das famílias que participaram na entrevista para preenchimento da EIFF**

Caraterização da famílias presentes na entrevista		
Contextos	Famílias	Número
Domicílio	Mãe	5
	Mãe e pai	1
Creche	Mãe	5
	Pai	1
	Mãe e pai	1
	Avó	1
JI ELI	Mãe	7
	Mãe e pai	4
JI MEC	Mãe	9
	Pai	1
	Mãe e pai	1

### **1.3 Caraterização dos profissionais**

Caracterizaremos de seguida os profissionais em função da sua formação de base, tempo de serviço nas ELI e EE do MEC e desde quando trabalham/intervêm com a criança/família. No total participaram 36 profissionais (25 das ELI e 11 de EE do MEC).

No que diz respeito à denominação de técnico/profissional de apoio esta pode traduzir-se em várias denominações consoante a sua formação de base. O técnico/profissional de apoio da ELI pode corresponder a docente de EE, psicólogo, terapeuta ocupacional, técnico de reabilitação e ajudante familiar de IPI, enquanto que no MEC, este é sempre docente de EE. A formação dos profissionais que apoiam as crianças dependem também da legislação que regula a IPI e a EE.

Quadro 8

**Formação dos técnicos/profissionais da ELI e do MEC, segundo o contexto de atendimento e casos apoiados**

Técnico de apoio	ELI			MEC	Total
	Domicílio	Creche	JI	JI	
Docente	2 (caso 31, 36)	4 (caso 1, 6, 7, 11)	6 (caso 3, 4, 5, 8, 12, 14)	2 (caso 19, 21)	14
Docente EE	1 (caso 32)	2 (caso 15, 16)	3 (caso 26, 27, 29)	9 (caso 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 28, 30)	15
Psicólogo	-	2 (caso 10, 13)	1 (caso 2)	-	3
Terapeuta ocupacional	1 (caso 34)	-	1 (caso 9)	-	2
Técnico de reabilitação	1 (caso 35)	-	-	-	1
Ajudante familiar de IPI	1 (caso 33)	-	-	-	1
Total	6	8	11	11	36

No Quadro 8, podemos observar os dados correspondentes à formação dos profissionais que participaram no estudo. 14 dos profissionais são docentes sem especialização e 15 são docentes de EE. Dois dos profissionais que prestam apoio no MEC são docentes não especializados. De salientar, o caso de um docente que presta apoio em domicílio e que tem formação em intervenção precoce (mestrado) e outro caso de ajudante familiar de IPI, com formação específica na área de IPI, que presta apoio também no domicílio.

Quadro 9

**Formação base dos docentes da ELI e do MEC**

Formação base do docente	ELI	MEC
Educador de infância	6	-
Educador de infância com especialização	9	2
Professor do 1º ciclo com especialização	3	9

Podemos ainda salientar que os docentes das ELI e da EE, tinham diferentes formações base. Como podemos observar no Quadro 9, há educadores de infância com e sem especialização e professores do 1º ciclo com especialização.

Quadro 10

**Caraterização do tempo de serviço dos técnicos/profissionais na ELI e na EE do MEC**

		Tempo de serviço dos profissionais na ELI e na EE do MEC					
Técnico de apoio		< 12 meses	1 a 3 anos	3 a 5 anos	5 a 10 anos	> 10 anos	Total
E L I	Docente	4	-	2	4	2	12
	Docente EE	-	3	1	1	1	6
	Psicólogo	-	1	1	1	-	3
	Terapeuta Ocupacional	1	-	1	-	-	2
	Técnico de reabilitação	1	-	-	-	-	1
	Ajudante familiar de IPI	-	-	-	-	1	1
E E	Docente	-	-	-	1	1	2
	Docente EE	-	-	-	6	3	9
Total		6	4	5	13	8	36

Relativamente ao Quadro 10, salientamos o fato de sete profissionais terem mais de 10 anos de serviço (3 nas ELI e 4 na EE do MEC) e 13 terem entre 5 e 10 anos de serviço. Podemos também verificar que seis profissionais das ELI estão no serviço há menos de 12 meses.

Quadro 11

**Caraterização do tempo de serviço dos técnicos/profissionais da ELI e da EE do MEC relativamente a cada criança**

		Tempo de serviço com cada criança na ELI e na EE do MEC						
		< 6 meses	6 meses a 1 ano	1 a 2 anos	2 a 3 anos	3 a 4 anos	4 a 5 anos	Total
ELI		6	9	4	5	1	-	25
EE		4	4	1	1	-	1	11
Total		10	13	5	6	1	1	36

Ao analisarmos o Quadro 11, do tempo de serviço de cada profissional junto da criança a quem presta apoio, verificamos que, com menos de 6 meses de intervenção existem 10 profissionais. A maior percentagem é a dos profissionais que acompanham a criança entre 6 meses a 1 ano (correspondendo a 13 casos).

## 2 Instrumentos

Neste trabalho utilizámos três tipos de instrumentos para a recolha de dados:

1. Escala de intervenção focada na família
2. *Inclusive classroom profile*
3. Entrevista

### 2.1 Escala de intervenção focada na família (EIFF)

A EIFF (anexo 1), conforme tem sido referido ao longo do nosso trabalho, é a adaptação portuguesa realizada por Pimentel (2003a) da *Family Focused Intervention Scale* de Mahoney, O'Sullivan e Dennenbaum (1990a). Tem como o objetivo permitir a análise das questões relacionadas com a família e com o programa, satisfação, expectativas e pontos de vistas de famílias face ao programa de IPI em que está inserida.

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 lhe atribuem. A EIFF é composta por 40 itens cotados numa escala Likert de seis pontos, em que o ponto 1 corresponde a nunca e o 6 a sempre. A escala pode ser preenchida direta ou indiretamente.

Os itens encontram-se distribuídos por duas sub-escalas, sendo a primeira serviços focados na criança (SFC) e a segunda serviços focados na família (SFF). Há correspondência dos itens entre as duas versões centrando-se em dois públicos-alvo, famílias e profissionais e na perceção dos serviços recebidos/prestados e a importância atribuída a cada um.

Tal como referido por Pimentel (2003a), a escala é constituída por dois fatores, sendo o primeiro os SFC, que remete para serviços de trabalho e troca de informação sobre a criança e o segundo com os SFF, proporcionando a esta apoio nos seus problemas pessoais e na orientação e utilização de outros recursos. No primeiro fator agrupam-se os itens que, na versão original de Mahoney, O'Sullivan e Dennenbaum (1990a), pertenciam à dimensão apoio pessoal e familiar, informação e atividades de ensino aos pais e, no segundo fator os itens apoio social e familiar, envolvimento no sistema de recursos e orientação.

## **2.2 *Inclusive Classroom Profile (ICP)***

A versão da ICP utilizada no nosso estudo, consiste numa tradução e adaptação provisória a partir da *Inclusive Classroom Profile* (Soukakou 2007, citado por Albergaria, 2012), como já referimos anteriormente. Trata-se de uma escala de observação estruturada que pretende avaliar a qualidade das práticas específicas de sala de aula em contextos inclusivos, que assenta na ideia de individualização da intervenção no âmbito destes mesmos contextos. Tendo em conta os objetivos desta escala as observações devem ser realizadas no contexto de interações com os pares, atividades e rotinas diárias que impliquem todas as crianças da sala.

A ICP pode ser utilizada para avaliar a qualidade das práticas das salas em contexto inclusivo e como instrumento de investigação que permita aos investigadores medir e comparar a qualidade entre vários tipos de programas, investigar a relação entre a qualidade da sala e o progresso desenvolvimental da criança. Poderá igualmente avaliar a qualidade do programa como parte dos sistemas de avaliação da qualidade e de melhoria do mesmo e ser utilizada como instrumento de auto avaliação por parte da direção e profissionais para avaliar e promover a qualidade das práticas inclusivas.

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

Assume o formato de escala Likert que varia entre 1 e 7 valores. O primeiro remete para práticas 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).

Os contextos de observação onde a ICP foi utilizada são diversificados, contemplando observações em contexto de domicílio, creche e JI (sala de aula ou sala de apoio). No caso do contexto ser em domicílio ou sala de apoio, não são visíveis as

interações com os pares. Recorreu-se a este instrumento não para avaliar a qualidade dos contextos observados, mas sim como grelha de observação.

No decorrer dos procedimentos de observação, mostrou-se desnecessário a utilização dos dois últimos itens, parceria profissionais-família e monitorização da aprendizagem da criança, não tendo sido os mesmos contemplados no estudo.

### 2.3 Entrevista

Na legitimação da entrevista, os objetivos considerados foram a oportunidade, pertinência e necessidade das entrevistas, motivar o entrevistado, garantir a confidencialidade e permitir a utilização da informação. Foi solicitada autorização para proceder à gravação áudio das entrevistas.

O guião de entrevista foi elaborado por nós com o objetivo de caracterizar as diferenças sentidas pelas famílias, conforme o apoio à criança, foi prestado pelas ELI ou pelo docente de EE do MEC.

A entrevista à família foi realizada em três casos específicos. No decorrer do nosso estudo, três crianças apoiados pela ELI – dois em domicílio e um em creche -, vêm mais tarde, a ser apoiadas em contexto de JI por docente EE do MEC. Este guião da entrevista permite a comparação das respostas das três mães às mesmas questões.

A entrevista foi estruturada, sendo possível observar que o guião utilizado (anexo 4) está dividido em temas relacionados com a satisfação geral das famílias no que diz respeito ao apoio prestado pelas duas entidades – ELI e MEC. Devido à análise de conteúdo que desejávamos estudar, as entrevistas foram realizadas através de questões diretas. Após a organização do guião de entrevista, o mesmo foi revisto por dois docentes de EE (independentes do nosso estudo) tendo estes concluído que as principais temáticas foram analisadas. As entrevistas foram realizadas de forma diretiva e muitas das respostas não justificaram fazer análise de conteúdo, porque foram *sim e não*.

O guião da entrevista contempla seis temas, agrupados da seguinte forma:

- ✓ Serviços de apoio – Os itens que compõem o sub-tema relacionam-se com a saúde – consulta de pediatria, consulta de psicologia, consulta de desenvolvimento, acompanhamento na U., encaminhamento para a ELI e unidade de ensino estruturado. Na educação – apoio da ELI, apoio do MEC e outros apoios (questão 1, 2, 3, 4, 8, 13, 19, 21);

- ✓ Envolvimento - Os itens que compõem o sub-tema relacionam-se com envolvimento da mãe, envolvimento dos profissionais e envolvimento dos serviços (questão 5, 6, 7, 11, 12, 13, 17);
- ✓ Adaptação da criança - Os itens que compõem o sub-tema relacionam-se com fácil e difícil (questão 15);
- ✓ Satisfação da família - Os itens que compõem o sub-tema relacionam-se com apoio da ELI e apoio do MEC com satisfeita e insatisfeita (questão 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 26);
- ✓ Articulação entre serviços - Os itens que compõem o sub-tema relacionam-se com sim e não (questão 14);
- ✓ Apoio à família - Os itens que compõem o sub-tema relacionam-se por parte da ELI, por parte do MEC, psicológico, emocional, formação aos pais e intercâmbio entre famílias (questão 4, 5, 9, 22, 24, 25).

### **3 Procedimento**

A fim de obter os dados que pudessem ser representativos das 15 ELI do distrito de Lisboa, numa primeira fase optámos por contactar os coordenadores de todas as ELI, de forma a apresentar o estudo e proceder à recolha de dados que permitiam o grupo de amostra. Simultaneamente solicitamos as autorizações para a recolha de dados, junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados e da Entidade da Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar da Direção-Geral da Educação do MEC.

Obtidas as autorizações necessárias, enviamos via e-mail, para todos os coordenadores das ELI, a respetiva solicitação e autorizações das entidades estatais competentes. Cada ELI sugeriu a amostra para o estudo dentro da nossa solicitação – uma criança entre os 0 e os 3 anos de idade em domicílio, uma criança em creche dentro da mesma faixa etária e uma criança entre os 3 e os 6 anos de idade em JI, com etiologia de PEA. As ELI contactaram ou disponibilizaram o contato da instituição onde a criança se encontrava integrada (com exceção do domicílio).

Após o contato com as respetivas instituições, o mesmo foi realizado junto das famílias e dos profissionais, potenciais participantes, para obtenção das declarações de consentimento informado. O mesmo aconteceu diretamente junto da família no caso de crianças em domicílio dos 0 aos 3 anos de idade e com a mesma problemática. Em alguns casos, quer o coordenador, quer o profissional das ELI que se disponibilizou a

participar no estudo, quer a instituição onde a criança estava integrada serviram de intermediários junto das famílias.

Após a informação disponibilizada pelos coordenadores das ELI foram agendadas reuniões com instituições, famílias e profissionais para explicar mais detalhadamente os objetivos do estudo. Nestas reuniões foram assinados os consentimentos informados.

Com cada família e cada profissional foi realizada, de forma individual uma entrevista, durante a qual foi preenchida a EIFF de acordo com o que a família considerava serem os serviços que estavam a receber por parte das ELI e num segundo momento a importância que atribuía a cada um dos serviços. O preenchimento da escala foi sempre realizada na nossa presença, de forma a serem esclarecidas quaisquer dúvidas relativamente aos itens da mesma.

O procedimento para o preenchimento da escala com os profissionais aconteceu de forma semelhante. A EIFF foi preenchida num primeiro momento tendo em conta os serviços que os profissionais consideravam ter prestado às crianças e às famílias e, num segundo momento tendo em conta a importância que estes lhes atribuía.

No seguimento das entrevistas foram agendadas duas visitas por criança, em contexto de domicílio/creche/JI de forma a observar a interação entre a criança e o profissional e os pares nas atividades e rotinas diárias, a partir da *Inclusive Classroom Profile* (Soukakou 2007, citado por Albergaria, 2012).

Após a recolha de dados nos vários contextos, das onze equipas das ELI que se disponibilizaram para o estudo, foi realizado um procedimento idêntico junto de um agrupamento de escolas por cada município representativo das ELI. Após o contato com os respetivos agrupamentos de escolas, estes identificaram a família e o profissional que se enquadrava na solicitação para a realização do estudo – uma criança dos 3 aos 6 anos de idade em JI e com a mesma problemática das crianças acompanhadas e estudadas na ELI.

A recolha de dados junto das ELI, foi realizada com as famílias e os profissionais entre abril de 2013 e novembro de 2016, e nos agrupamentos de escolas do MEC entre fevereiro de 2015 e fevereiro de 2017. As entrevistas às três mães realizaram-se durante o mês de julho de 2017.

A recolha de dados contou com a participação de duas alunas finalistas da Pós Graduação em Intervenção Precoce do ISPA - Instituto Universitário – Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Contámos igualmente com Arroz (2015), aluna do

Mestrado Integrado em Psicologia (área de Psicologia Educacional) do ISPA - Instituto Universitário – Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, que no decorrer da recolha de dados para o nosso estudo, realizou com os mesmos instrumentos a sua dissertação de final de curso, que assumiu a forma de estudo de caso. Apesar da participação das alunas acima referidas, estivemos presentes nas 72 observações realizadas.

De forma a aferir os resultados das observações, as mesmas foram codificadas em 12 casos por dois investigadores, permitindo dupla codificação. Durante o ano de 2013 foram realizadas observações de 5 casos (caso 3, 5, 6, 7 e 14) com a colaboração da aluna A e B do curso de pós graduação em IPI. No ano de 2014 realizamos observações de 7 casos (2, 21, 22, 23, 24, 25 e 27), contando com a colaboração da aluna C de mestrado. Todos os outros casos foram observados e analisados por mim, com o treino e a aferição dos critérios de observação.

O treino para acordo e fidelidade, foi realizado através da visualização de vídeos em sala de JI com crianças com NEE durante o acompanhamento por docente de EE em JI do MEC. Os requisitos para a recolha de dados nas observações foram a presença de dois observadores, no mesmo momento, a observarem o mesmo fato, trabalhando independentemente. Foram depois comparados os registos dos dois observadores.

Como já referido anteriormente, o nosso objetivo não era cotar a qualidade dos contextos. O treino realizado serviu para a apropriação da escala, sendo depois utilizada da forma que melhor se adequava ao objetivo do nosso estudo.

Os vídeos que serviram de base para a nossa observação foram disponibilizados no âmbito do projeto de promoção de educação pré-escolar, pelos responsáveis do departamento de educação e desporto de uma câmara municipal do distrito de Lisboa. Após parceria entre a referida do serviço câmara e o *Department of Education University of Oxford*, durante 6 meses, as equipas dos JI desenvolveram um trabalho de ajuste às NEE utilizando o módulo 1 da metodologia *CONNECT* e os princípios de intervenção inseridos nas rotinas, de forma a encontrar estratégias para facilitar a sua inclusão. Foram realizados oito vídeos em quatro JI do município, quatro no início do projeto (um em cada JI) e quatro após a observação e cotação através da IPC que promoviam as eventuais mudanças de práticas. As filmagens foram cotadas no âmbito do treino para utilização da ICP.

#### 4 Desenho do estudo

Podemos considerar que, no nosso trabalho para a análise de dados, recorreremos a um método misto, utilizando abordagem quantitativa para a EIFF e qualitativa para o tratamento dos dados de observação com a ICP e entrevista estruturada.

Ao nível da recolha de dados utilizamos um instrumento de registo tipo escala Likert – a EIFF, observação através da ICP e a técnica de entrevista. No que diz respeito à análise de dados utilizamos estatística descritiva, bem como análise de conteúdo.

Num primeiro momento e no sentido de responder a algumas das questões de investigação realizamos uma análise quantitativa. Após a definição das variáveis a utilizar foi efetuado o estudo da normalidade da distribuição de dados para todas as amostras, através do T. de Kolmogorov-Smirnov, no sentido de apurar a possibilidade de utilizar análises paramétricas. Tendo-se verificado que a distribuição dos resultados não era normal, optou-se pela utilização de testes não paramétricos devido ao número reduzido de elementos da amostra.

Com o objetivo de responder às questões de investigação e no sentido de comparar diferenças nas variáveis (SFC e SFF) em dois grupos independentes, definidos em função dos contextos de intervenção (domicílio, creche, JI ELI e JI MEC), utilizamos o teste de T. U de Mann-Whitney. Este teste compara duas condições diferentes. Considerando que utilizamos estatística não paramétrica, para uma melhor interpretação dos resultados, analisámos os valores da média obtida.

Na comparação das referidas variáveis de qualidade na distribuição dos SFC e SFF utilizamos o T de Kruskal-Wallis, que compara mais do que duas condições em vários grupos independentes e que é a versão não paramétrica para medições da ANOVA de um fator independente (Pocinho, 2010).

Quando comparámos as perceções das famílias relativamente aos serviços recebidos e à importância atribuída e dos profissionais quanto aos serviços prestados e importância atribuída aos mesmos, utilizamos o T de Wilcoxon de amostras relacionadas ou pares de sujeitos emparelhados que é bastante semelhante ao T. de U de Mann-Whitney (Pocinho, 2010).

Para analisar as correlações a partir das variáveis da EIFF, a idade da criança e o tempo de serviço dos profissionais de apoio, utilizamos o T. de Rho de Spearman que avalia a intensidade da relação entre as duas variáveis.

Os dados foram analisados através do IBM - SPSS *Statistics*, versão 22.

Num segundo momento realizamos uma análise qualitativa no sentido de responder às restantes questões de investigação, relativamente às práticas observadas e às entrevistas. Relativamente à observação das práticas, a recolha de dados foi realizada, como já referido anteriormente, pelo autor do estudo e por três alunas do ISPA. Foram efetuados registos escritos, de tipo naturalista, com base na ICP, no âmbito dos apoios prestados nos diversos contextos de intervenção (domicílio, creche, JI ELI E JI MEC).

Procedeu-se de seguida, à análise de conteúdo destes registos das observações das práticas. O objetivo da análise de conteúdo foi encontrar e interpretar categorias, tendo estas emergido após as observações realizadas nos diversos contextos. No que diz respeito ao tratamento das informações recolhidas, procedemos à leitura dos registos e definimos uma lista de categorias para cada item em função da ICP, que se enquadravam nos conteúdos observados.

Para a concretização dos nossos objetivos, no que diz respeito à perceção que as mães tinham dos apoios prestados pela ELI e pelo MEC enquanto os seus filhos foram apoiados pelas referidas entidades, realizou-se a análise de conteúdo que decorreu a partir da transcrição das entrevistas onde foram encontrados os temas que nos interessava estudar e os sub temas.



## CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os resultados da aplicação dos diferentes instrumentos aos participantes do nosso estudo. Para uma melhor compreensão dos dados, dividimos o capítulo em três partes.

Na primeira parte, apresentamos os resultados da EIFF, adaptada por Pimentel (2003a) da *Family Focused Intervention Scale* de Mahoney, O'Sullivan e Dennenbaum (1990). Comparamos as perceções dos pais/famílias e técnicos/profissionais, das ELI do SNIPI e da EE do MEC, no que respeita aos serviços recebidos/prestados e à importância a estes atribuída, bem como a influência de outras variáveis relativas à criança, família e profissionais nessas perceções. O estudo estatístico é apresentado, tendo como base os *Outputs* estatísticos organizados em tabelas sumárias (Anexo 5).

Na segunda parte, apresentamos os resultados das observações realizadas no decorrer dos apoios prestados pelos técnicos/profissionais das ELI e de EE, em contexto de creche e pré-escolar e em contexto de domicílio. Como atrás já foi referido, a grelha de observação utilizada tem como base a ICP de Soukakou (2007), traduzida e adaptada provisoriamente por Corval et al, (2012).

Na terceira parte, apresentamos o resultado das entrevistas às três mães. Como já explicamos anteriormente, estas foram selecionadas apenas pelo fato de, na primeira fase de recolha de dados, estarem a ser apoiadas pelos profissionais da ELI – dois em domicílio e um em creche. Mais tarde, quando realizamos a recolha de dados junto dos agrupamentos de escolas do MEC, as mesmas famílias terem sido novamente sinalizadas, agora em acompanhamento por docentes do MEC.

### 1 Resultados da escala de intervenção focada na família (EIFF)

No primeiro ponto apresentamos as análises que comparam as perceções dos pais/famílias e dos técnicos/profissionais quanto à quantidade de serviços que recebem/prestam, em funções de dois fatores: fator 1 – serviços focados na criança (SFC) e fator 2 – serviços focados na família (SFF). Apresentamos igualmente, a comparação de pais/famílias e técnicos/profissionais relativamente à importância que atribuem aos SFC (ISFC) e importância que atribuem aos SFF (ISFF).

No segundo ponto apresentamos a análise conjunta das perceções dos pais/famílias e dos técnicos/profissionais quanto à quantidade e importância dos serviços

recebidos/prestados no âmbito dos dois fatores, em função do contexto onde as crianças são apoiadas.

No terceiro ponto apresentamos a análise relativa a outras variáveis que poderão influenciar as perceções dos pais/famílias e técnicos/profissionais relativamente ao 1º e 2º fatores da EIFF, respetivamente SFC e SFF, nomeadamente a idade da criança e o tempo de serviço dos profissionais.

Quadro 12

**Médias da quantidade e importância dos serviços focados na criança (SFC) e serviços focados na família (SFF) na perceção de pais/famílias e técnicos/profissionais**

		SERVIÇOS			
		Focados na criança		Focados na família	
		Quantidade	Importância	Quantidade	Importância
PERCEÇÕES	Pais	4.43	5.20	2.38	3.53
	Técnicos	4.83	5.35	3.95	4.96
	Total	4.63	5.27	3.17	4.24

Para analisarmos a existência ou não de diferenças entre as médias das famílias e dos profissionais utilizamos sempre o T. U de Mann-Whitney, dado tratar-se de amostras independentes.

Analisando o Quadro 12 relativamente à quantidade dos SFC, quando são comparadas as médias das famílias e profissionais, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.382$ ). No que diz respeito à quantidade dos SFF percecionada por famílias e profissionais, existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.000$ ) sendo as perceções dos profissionais mais elevadas do que as das famílias. No que se refere à importância atribuída por famílias e profissionais aos SFC, não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.274$ ). No entanto, quando comparamos a importância dos SFF, há diferenças estatisticamente significativas entre famílias e profissionais ( $p=.000$ ), sendo estes últimos a atribuir a maior importância aos SFF.

Quando comparámos as perceções da família relativamente aos serviços recebidos e à importância atribuída, através do T. de Wilcoxon para amostras emparelhadas, encontramos um valor ( $p=.001$ ) que nos leva a considerar haver diferenças estatisticamente significativas entre os serviços que as famílias consideram

ter recebido e a importância que lhes atribuíram. O mesmo se passa com as perceções dos profissionais quando é feito o mesmo tipo de comparação ( $p=.000$ ).

### Quadro 13

#### **Quantidade dos serviços focados na criança (SFC) e serviços focados na família (SFF) na perceção de pais/famílias e técnicos/profissionais em função do contexto de atendimento**

Contextos	Pais				Técnicos			
	SFC	SFF	ISFC	ISFF	SFC	SFF	ISFC	ISFF
Domicílio	5.04	2.33	5.24	3.24	5.43	4.25	5.81	5.26
Creche	3.99	2.32	5.18	3.77	4.48	3.90	5.23	4.77
JI ELI	5.04	2.60	5.19	3.02	5.30	3.94	5.59	4.76
JI MEC	3.81	2.24	5.19	4.03	4.28	3.83	4.96	5.12

Num segundo momento fomos analisar as perceções das famílias e dos profissionais, no que diz respeito aos SFC e SFF e importância atribuída a cada um deles, em função dos diferentes contextos: domicílio, creche, jardim de infância – equipa local de intervenção (JI ELI) e jardim de infância – ministério da educação e ciência (JI MEC). Os dados do Quadro 13 indicam-nos as médias das respostas das famílias e dos profissionais relativamente às perceções dos SFC e SFF, nos quatro contextos analisados.

Dado que comparámos amostras independentes em mais do que duas situações, utilizamos sempre o T. de Kruskal-Wallis. A partir dos dados constantes no Quadro 13, relativamente à quantidade percecionada só por famílias, nos SFC, em função do contexto, não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.249$ ). No que diz respeito à quantidade percecionada só por famílias, nos SFF, em função do contexto também não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.584$ ).

Relativamente à quantidade de serviços percecionada só por profissionais, nos SFC, em função do contexto existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.002$ ), sendo as perceções com médias mais elevadas as dos profissionais que prestam apoio em domicílio ou em JI ELI. No que diz respeito à quantidade percecionada só por profissionais, nos SFF, em função do contexto não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.941$ ).

No que se refere à importância atribuída quer aos SFC quer aos SFF por famílias, os valores encontrados ( $p=.993$ ) e ( $p=.175$ ), respetivamente, permitem concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas.

No que se refere à importância dos SFC, percecionada por profissionais em função do contexto, existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.001$ ), sendo as perceções de importância com médias mais elevadas as dos profissionais que prestam apoio em domicílio ou em JI ELI. No que diz respeito à importância dos SFF percecionada por profissionais em função do contexto, não há diferenças estatisticamente significativas ( $p=.917$ ).

Para compararmos as perceções das famílias e profissionais em função de cada um dos contextos – domicílio, creche, JI ELI e JI MEC - , utilizamos sempre o T. U de Mann-Whitney. Apresentamos primeiro as análises realizadas em função dos valores das perceções relativamente aos serviços recebidos/prestados e, posteriormente, as mesmas análises relativamente à importância atribuída por famílias e profissionais.

Assim, relativamente à quantidade dos SFC, percecionada por famílias e profissionais em função do contexto de domicílio, não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.699$ ). No que diz respeito à quantidade dos SFF percecionada por famílias e profissionais em função do mesmo contexto, encontramos um valor de ( $p=.009$ ) o que nos leva a concluir existem diferenças estatisticamente significativas entre a perceção das famílias e a dos profissionais, sendo as médias das perceções dos profissionais mais elevadas do que as da família.

Relativamente à quantidade dos SFC, quando comparadas as médias das perceções das famílias e profissionais em função do contexto de creche, verificamos não existirem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.505$ ). No que diz respeito à quantidade dos SFF percecionada por famílias e profissionais em função do mesmo contexto, encontramos um valor de ( $p=.028$ ), o que nos leva a concluir existem diferenças estatisticamente significativas entre a perceção das famílias e a dos profissionais, sendo os profissionais a percecionar prestar mais SFF.

Quando comparadas as médias das perceções de famílias e profissionais, relativamente à quantidade dos SFC, em função do contexto de JI ELI, não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.270$ ). No que diz respeito aos SFF percecionados por famílias e profissionais, em função do mesmo contexto, encontramos um valor de ( $p=.023$ ), o que nos leva a concluir existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias das perceções das famílias e as dos profissionais, sendo a dos profissionais mais elevada do que a das famílias.

Relativamente à quantidade dos SFC, percecionada por famílias e profissionais em função do contexto de JI MEC, não existem diferenças estatisticamente

significativas ( $p=.332$ ). No que diz respeito à quantidade dos SFF percecionada por famílias e profissionais em função do mesmo contexto, encontramos um valor de ( $p=.004$ ), o que nos leva a concluir existirem diferenças estatisticamente significativas entre as médias das perceções das famílias e a dos profissionais, sendo a média dos profissionais mais elevada do que a das famílias.

Vejamos agora os resultados das mesmas análises relativamente à importância atribuída aos SFC e SFF em função dos quatro contextos de prestação de serviço.

Relativamente à importância dos SFC percecionada por famílias e profissionais em função do contexto de domicílio, não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.310$ ). No que diz respeito à importância dos SFF percecionada por famílias e profissionais em função do mesmo contexto, encontramos um valor de ( $p=.004$ ), o que nos leva a concluir existirem diferenças estatisticamente significativas entre as médias das perceção das famílias e a dos profissionais sobre a importância dos SFF, sendo a importância atribuída pelos profissionais mais elevada do que a das famílias.

Quando comparadas as médias das perceções de famílias e profissionais, relativamente à importância dos SFC em função do contexto de creche, não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.878$ ). No que diz respeito à importância dos SFF percecionada por famílias e profissionais em função do mesmo contexto, encontramos um valor de ( $p=.083$ ), o que indicia que famílias e profissionais tem perceções com diferenças tendencialmente significativas, sendo, uma vez mais, os profissionais a atribuírem maior importância.

Relativamente às médias da importância dos SFC, percecionada por famílias e profissionais, em função do contexto de JI ELI, verifica-se existirem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.028$ ). No que diz respeito à importância dos SFF percecionada por famílias e profissionais em função do mesmo contexto, encontramos um valor de ( $p=.002$ ), o que nos leva a concluir que também se verificam diferenças estatisticamente significativas. Quer para a quantidade de serviços quer para a importância atribuída, são os profissionais que têm perceções mais elevadas.

Quando comparadas as médias, relativamente à importância dos SFC, percecionada por famílias e profissionais em função do contexto de JI MEC, não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.300$ ). No que diz respeito à importância dos SFF, percecionada por famílias e profissionais, em função do mesmo contexto, encontramos um valor de ( $p=.023$ ), o que indicia que famílias e profissionais

tem perceções estatisticamente diferentes, sendo uma vez mais os profissionais que têm valores médios mais elevados.

Quadro 14

**Quantidade dos serviços focados na criança (SFC) e serviços focados na família (SFF) e importância atribuída (ISFC e ISFF) na perceção de pais/famílias e técnicos/profissionais (em conjunto) em função do contexto de atendimento**

	Pais e técnicos		Pais e técnicos	
	Quantidade		Importância	
Contextos	SFC	SFF	SFC	SFF
Domicílio	5.23	3.29	5.52	4.25
Creche	4.24	3.11	5.21	4.28
JI ELI	5.17	3.27	5.39	3.89
JI MEC	4.05	3.04	5.08	4.57

Quando analisamos o Quadro 14, no que diz respeito à quantidade dos SFC, percecionada por famílias e profissionais em conjunto, em função do contexto, e quando comparamos as médias das respostas, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.001$ ), sendo o contexto domicílio aquele em que as médias são mais elevadas. No que diz respeito à quantidade dos SFF percecionada por famílias e profissionais em conjunto, em função do contexto, não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.934$ ).

Quanto à importância dos SFC, percecionada por famílias e profissionais em conjunto, em função do contexto, e quando comparamos as médias das respostas, verificamos que existem diferença tendencialmente significativa ( $p=.06$ ), sendo a diferença nas perceções entre os casos do domicílio e os do JIMEC as que justificam este valor. No que diz respeito à importância dos SFF percecionada por famílias e profissionais em conjunto, em função do contexto, não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.411$ ).

No terceiro ponto desta apresentação de resultados, vamos analisar as correlações obtidas a partir das variáveis da EIFF e a idade da criança e o tempo de serviço dos profissionais de apoio. Para o cálculo das correlações utilizamos sempre o T. de Rho de Spearman.

Quadro 15

**Matriz de correlações entre quantidade de serviços focados na criança (SFC) e serviços focados na família (SFF) e a importância atribuída a esses mesmos serviços e a idade da criança, na perceção dos pais/famílias**

	Idade	SFC	SFF	ISFC	ISFF
Idade	1.00				
SFC	-.095	1.00			
SFF	.096	.548**	1.00		
ISFC	.062	.478**	.045	1.00	
ISFF	.272	-.112	.272	.209	1.00

\*\* A correlação é significativa no nível 0.01

De acordo com os dados constantes no Quadro 15, na perceção das famílias, as correlações entre a idade da criança e o SFC, bem como a importância atribuída aos mesmos, são próximas do valor 0, e nenhuma apresenta um valor estatisticamente significativo. As únicas correlações com valores altos e estatisticamente significativos são entre os SFC e os SFF ( $r=.548$ ) e os SFC e a importância atribuída a estes serviços ( $r=.478$ ).

Quadro 16

**Matriz de correlações entre quantidade de serviços focados na criança (SFC) e serviços focados na família (SFF) e a importância atribuída a esses mesmos serviços e a idade da criança, na perceção dos técnicos/profissionais**

	Idade	SFC	SFF	ISFC	ISFF
Idade	1.00				
SFC	-.281	1.00			
SFF	-.017	.411*	1.00		
ISFC	-.366*	.775**	.245	1.00	
ISFF	.057	.186	.432**	.447**	1.00

\* A correlação é significativa no nível 0.05

\*\* A correlação é significativa no nível 0.01

Na perceção dos profissionais e de acordo com os dados constantes no Quadro 16, as correlações entre a idade da criança e a importância dos SFC, apresenta uma correlação negativa e estatisticamente significativa ( $r=-.366$ ), o que indica que, quanto mais velha é a criança menor é a importância que os profissionais atribuem aos SFC. A idade não se correlaciona com nenhuma das outras variáveis, tendo a maioria das correlações um valor próximo de 0.

Tal como foi referido anteriormente quando analisámos as perceções das famílias, também nas perceções dos profissionais encontramos correlações altas e estatisticamente significativas entre os SFC e os SFF ( $r=.411$ ) e entre os SFC e a importância a estes atribuída ( $r=.775$ ) e, adicionalmente, entre os SFC e a importância dos SFC e os SFF e a importância dos SFF.

#### Quadro 17

**Matriz de correlações entre quantidade de serviços focados na criança (SFC) e serviços focados na família (SFF) e a importância atribuída a esses mesmos serviços e o tempo de serviço em anos do técnico/profissional, na perceção dos pais/famílias e dos técnicos/profissionais (em conjunto)**

	SFC	SFF	ISFC	ISFF	Tempo S/anos
SFC	1.00				
SFF	.432**	1.00			
ISFC	.623**	.190	1.00		
ISFF	.121	.605**	.331**	1.00	
Tempo S/anos	.173	.215	-.038	-.076	1.00

\*\* Significativo para  $p<.01$

Ao analisar o Quadro 17, encontramos uma correlação moderada mas estatisticamente significativa ( $r=.423$ ) entre quantidade de SFC e SFF. Ao analisar as correlações entre os SFC e a importância atribuída a estes serviços, encontramos uma correlação alta e estatisticamente significativa ( $r=.623$ ). Relativamente à correlação entre SFF a importância atribuída a estes serviços, a correlação é também alta e estatisticamente significativa ( $r=.605$ ). Analisamos igualmente a correlação entre a importância dos SFF e importância dos SFC, onde se pode verificar uma correlação fraca ( $r=.331$ ), mas estatisticamente significativa.

Nenhuma das restantes correlações é estatisticamente significativa, nomeadamente as que são calculadas em função do tempo de serviços dos profissionais. De facto, são correlações muito fracas quer positivas, quer negativas, o que significa que o tempo de serviço dos profissionais não está associado às suas perceções relativamente aos serviços recebidos/prestados nem centrados na criança nem centrados na família, nem à importância atribuída a esses mesmos serviços.

## **2 Resultados das observações em contexto de creche e pré-escolar com base na *Inclusive Classroom Profile* (ICP)**

A ICP divide-se em 10 itens e permite-nos descrever a síntese das observações das práticas dos técnicos/profissionais de apoio das ELI e da EE do MEC.

Dos 36 casos observados, apenas 30 foram analisados em contexto de sala, sendo oito casos em contexto de creche, 11 em contexto de JI com acompanhamento por profissional da ELI e 11 em contexto de JI da rede pública com acompanhamento de docente (profissional) de EE do MEC. Como tínhamos previsto duas observações para cada caso, temos para os 30 casos, um total de 60 observações.

Temos vindo a utilizar a denominação de técnico de apoio/profissional, uma vez que esta denominação inclui várias formações profissionais. Tal como atrás foi referido, no caso da ELI o técnico de apoio/profissional pode corresponder a docente de EE, psicólogo, terapeuta ocupacional, técnico de reabilitação e ajudante familiar de IPI. No MEC o nosso estudo foi sempre realizado com docente de EE.

Embora esta escala apenas refira itens e indicações para a avaliação da qualidade do contexto, para efeitos do nosso trabalho, optámos por usá-la para fazer uma análise qualitativa das situações observadas. Assim, tomando como referência os itens da ICP designámos por categorias as diferentes modalidades de apoio encontradas.

Item 1 – Avaliação da adaptação do espaço, materiais/equipamentos em creche, JI ELI e JI MEC

Categorias encontradas:

- ✓ Contexto de sala de aula nas 2 observações
- ✓ Contexto de sala de aula na 1ª observação
- ✓ Contexto de sala de aula na 2ª observação
- ✓ Fora do contexto de sala de aula nas 2 observações

- ✓ Fora do contexto de sala de aula na 1º observação
- ✓ Fora do contexto de sala de aula na 2º observação
- ✓ Zonas delimitadas no contexto de sala de aula
- ✓ Zonas delimitadas no contexto de sala de aula na 1ª observação
- ✓ Zonas delimitadas no contexto de sala de aula na 2ª observação
- ✓ Zonas delimitadas fora do contexto de sala de aula
- ✓ Zonas delimitadas fora do contexto de sala de aula na 2ª observação
- ✓ Espaços com trabalhos expostos no contexto de sala de aula
- ✓ Espaços com trabalhos expostos fora do contexto de sala de aula
- ✓ Espaços com materiais expostos no contexto de sala de aula
- ✓ Espaços com materiais expostos fora do contexto de sala de aula
- ✓ Acesso autónomo a todas as zonas em contexto de sala de aula
- ✓ Acesso autónomo a todas as zonas fora do contexto de sala de aula
- ✓ Acesso autónomo a todos os materiais em contexto de sala de aula
- ✓ Acesso autónomo a todos os materiais fora do contexto de sala de aula
- ✓ Material levado pelo profissional de apoio nas 2 observações
- ✓ Material levado pelo profissional de apoio na 1ª observação
- ✓ Material levado pelo profissional de apoio na 2ª observação

Item 2 - Envolvimento dos adultos nas interações com os pares em creche, JI ELI e JI MEC

Categorias encontradas:

- ✓ Apoio da educadora da sala
- ✓ Presença do profissional de apoio aceite pelas outras crianças
- ✓ Presença do profissional de apoio aceite pelas outras crianças na 1ª observação
- ✓ Profissional de apoio incentiva os pares a brincarem com a criança
- ✓ Profissional de apoio incentiva a criança a brincar com os pares
- ✓ Profissional de apoio incentiva a criança a brincar com os pares na 1ª observação
- ✓ Interação natural dos pares com a criança
- ✓ Interação natural dos pares com a criança na 1ª observação
- ✓ Profissional de apoio auxilia os pares
- ✓ Profissional de apoio auxilia os pares na 1ª observação
- ✓ Profissional de apoio não aceita a intervenção dos pares

- ✓ Pares auxiliam o profissional de apoio com a criança
- ✓ Pares auxiliam o profissional de apoio com a criança na 1ª observação
- ✓ Pares brincam com o material do profissional de apoio

### Item 3 – Orientação dos adultos no jogo da criança em creche, JI ELI e JI MEC

Categorias encontradas:

- ✓ Educadora da sala ajuda nas orientações
- ✓ Educadora da sala orienta o jogo
- ✓ Profissional de apoio orienta o jogo
- ✓ Profissional de apoio fornece material
- ✓ Profissional de apoio dá pistas para o jogo
- ✓ Profissional de apoio envolve os pares
- ✓ Profissional de apoio dá liberdade à criança para orientar o jogo
- ✓ Profissional de apoio apresenta jogos novos
- ✓ Profissional de apoio apresenta jogos novos na 2ª observação
- ✓ Profissional de apoio apresenta jogos conhecidos da criança
- ✓ Profissional de apoio deixa a criança escolher o jogo
- ✓ Profissional de apoio deixa a criança escolher o jogo na 2ª observação
- ✓ Profissional de apoio envolve a criança nas atividades dos pares
- ✓ Profissional de apoio aproveita a atividade para explorar outros temas
- ✓ Profissional de apoio adapta constantemente o jogo por falta de interesse da criança
- ✓ Profissional de apoio ajuda na transição de atividades
- ✓ Profissional de apoio não ajuda na transição de atividades

### Item 4 – Resolução de conflitos em creche, JI ELI e JI MEC

Categorias encontradas:

- ✓ Comportamento da criança – atira material ao chão, na 2ª observação
- ✓ Comportamento da criança – atira-se ao chão, na 2ª observação
- ✓ Comportamento da criança – teimosia quando contrariada
- ✓ Comportamento da criança – birras com choro
- ✓ Comportamento da criança – tapa a cara quando contrariada
- ✓ Comportamento da criança – apática, na 1ª observação
- ✓ Comportamento da criança – choraminga, na 2ª observação
- ✓ Comportamento do profissional de apoio – fala com a criança

- ✓ Comportamento do profissional de apoio – fala com a criança, na 2ª observação
- ✓ Comportamento do profissional de apoio – tenta controlar comportamento desajustado
- ✓ Comportamento do profissional de apoio – retira a criança e inicia outra atividade
- ✓ Comportamento do profissional de apoio – distrai-a com outra atividade
- ✓ Profissional de apoio define regras claras
- ✓ Não observável

#### Item 5 – Sentido de pertença ao grupo em creche, JI ELI e JI MEC

Categorias encontradas:

- ✓ Criança brinca sozinha
- ✓ Pares interagem quando orientados
- ✓ Criança faz parte do grupo que faz a atividade
- ✓ Criança faz parte do grupo que faz a atividade, na 1ª observação
- ✓ Criança faz parte do grupo que faz a atividade, na 2ª observação
- ✓ Pares procuram interação constante
- ✓ Pares procuram interação constante, na 1ª observação
- ✓ Pares procuram interação constante, na 2ª observação
- ✓ Criança com atribuição de tarefas
- ✓ Criança com atribuição de tarefas, na 1ª observação
- ✓ Criança sem atribuição de tarefas
- ✓ Criança reage à interação
- ✓ Criança reage à interação, na 2ª observação
- ✓ Criança não reage à interação
- ✓ Criança não reage à interação, na 1ª observação
- ✓ Criança procura a interação

#### Item 6 – Interação adulto-criança em creche, JI ELI e JI MEC

Categorias encontradas:

- ✓ Profissional de apoio auxilia a criança na tarefa
- ✓ Profissional de apoio auxilia a criança na tarefa, na 1ª observação
- ✓ Profissional de apoio auxilia a criança na tarefa, na 2ª observação
- ✓ Profissional de apoio demonstra afeto
- ✓ Profissional de apoio e criança demonstram interações recíprocas

- ✓ Profissional de apoio orienta a criança na atividade
- ✓ Interações visíveis – verbais
- ✓ Interações visíveis – tom de voz sensível e carinhoso
- ✓ Profissional de apoio incentiva a criança a dar respostas mais elaboradas
- ✓ Profissional de apoio solicita constante atenção da criança

#### Item 7 – Apoio para a comunicação em creche, JI ELI e JI MEC

Categorias encontradas:

- ✓ Utilização de estratégias de repetir/comentar/expandir
- ✓ Profissional de apoio recorre a outras atividades para ajudar a compreensão
- ✓ Profissional de apoio fornece pistas
- ✓ Profissional de apoio recorre a trabalhos como modelo
- ✓ Criança recorre ao apontar e levar o adulto
- ✓ Profissional de apoio aproveita a interação entre a criança e os pares
- ✓ Profissional de apoio recorre a desenhos, gestos e sons
- ✓ Profissional de apoio recorre a imagens e fotos
- ✓ Criança é que responde às questões mesmo em situação com os pares
- ✓ Utilização de vocabulário simples e direto
- ✓ Utilização de caderno de comunicação – SPC
- ✓ Utilização de caderno de comunicação – PECS
- ✓ Criança apoia-se na expressão facial o profissional de apoio
- ✓ Profissional de apoio recorre a entoações diferentes

#### Item 8 – Adaptação das atividades de grupo em creche, JI ELI e JI MEC

Categorias encontradas:

- ✓ Criança é envolvida na atividade do grupo e participa muito
- ✓ Criança é envolvida na atividade do grupo e participa muito, na 1ª observação
- ✓ Criança é envolvida na atividade do grupo e participa muito, na 2ª observação
- ✓ Criança é envolvida na atividade do grupo e participa pouco
- ✓ Criança é envolvida na atividade do grupo e participa pouco, na 1ª observação
- ✓ Criança é envolvida na atividade do grupo e não participa

- ✓ Criança é envolvida na atividade do grupo e não participa, na 2ª observação
- ✓ Criança não demonstra disponibilidade para interagir no grupo
- ✓ Criança não demonstra disponibilidade para interagir no grupo, na 2ª observação
- ✓ Comportamentos da criança nas atividades de grupo – satisfação
- ✓ Comportamentos da criança nas atividades de grupo – birras
- ✓ Comportamentos da criança nas atividades de grupo – tapa os ouvidos
- ✓ Criança envolve-se nas atividades de grupo com ajuda
- ✓ Criança envolve-se nas atividades de grupo sem ajuda
- ✓ Criança envolve-se nas atividades de grupo sem ajuda, na 1ª observação
- ✓ Criança envolve-se nas atividades de grupo sem ajuda, na 2ª observação
- ✓ Criança está envolvida/integrada nas atividades de grupo por parte dos pares
- ✓ Criança está envolvida/integrada nas atividades de grupo por parte dos pares, na 1ª observação
- ✓ Criança está envolvida/integrada nas atividades de grupo por parte dos pares, na 2ª observação

#### Item 9 – Transição entre atividades em creche, JI ELI e JI MEC

Categorias encontradas:

- ✓ Criança tem de ser encaminhada para outra atividade ou espaço
- ✓ Criança conhece as rotinas
- ✓ Criança gere o tempo na atividade com ajuda
- ✓ Criança gere o tempo na atividade sem ajuda
- ✓ Criança precisa de mais tempo para cada atividade
- ✓ Criança vai buscar e arrumar o material com ajuda
- ✓ Criança vai buscar e arrumar o material com ajuda, na 2ª observação
- ✓ Criança vai buscar e arrumar o material sem ajuda
- ✓ Criança muda de atividade sozinha
- ✓ Criança muda de atividade sozinha, na 2ª observação
- ✓ Criança aguarda a sugestão do profissional de apoio para mudar de atividade
- ✓ Criança vai mudando de atividade por sugestão do profissional de apoio

- ✓ Criança vai mudando de atividade por sugestão do profissional, na 1ª observação
- ✓ Criança escolhe o material com ajuda
- ✓ Criança escolhe o material sem ajuda
- ✓ Criança tem opção de escolha na atividade
- ✓ Criança tem opção de escolha na atividade, na 2ª observação
- ✓ Criança não tem opção de escolha na atividade
- ✓ Transição de atividades bem organizada
- ✓ Transição de atividades bem organizada, na 1ª observação
- ✓ Transição de atividades mal organizada

Item 10 – *Feedback* em creche, JI ELI e JI MEC

Categorias encontradas:

- ✓ Profissional de apoio dá *feedback* positivo à criança – encoraja-a a melhorar o desempenho
- ✓ Profissional de apoio dá *feedback* positivo à criança – encoraja-a a melhorar o comportamento
- ✓ Profissional de apoio dá *feedback* positivo à criança – fornecendo pistas
- ✓ Profissional de apoio dá *feedback* positivo à criança – pequenos gestos – *dá mais cinco*
- ✓ Profissional de apoio dá *feedback* positivo à criança – pequenos gestos – festa na cara
- ✓ Profissional de apoio dá *feedback* positivo à criança – pequenos gestos – festa no braço
- ✓ Profissional de apoio dá *feedback* positivo à criança – pequenos gestos – festa na cabeça
- ✓ Profissional de apoio dá *feedback* positivo à criança – pequenos gestos – abraço
- ✓ Profissional de apoio dá *feedback* positivo à criança – mostra o trabalho feito aos pares
- ✓ Profissional de apoio dá *feedback* positivo à criança – incentiva a criança a pedir ajuda aos pares
- ✓ Profissional de apoio dá *feedback* positivo à criança – incentivo verbal – *muito bem*

- ✓ Profissional de apoio dá *feedback* positivo à criança – incentivo verbal – *boa*
- ✓ Criança faz um auto reforço positivo – dizendo *muito bem*

Como referimos anteriormente, tínhamos previsto duas observações para cada caso, pelo que temos, para os 30 casos, um total de 60 observações.

Do total das situações observadas, 39 decorreram em contexto de sala de aula e 21 fora do contexto de sala de aula em locais como a biblioteca, sala específica para acolhimento, sala de trabalho/reuniões dos docentes, refeitório, sala de apoio para a EE, sala multiusos e sala de apoio do ATL – atividades de tempos livres.

De referir que o caso 23 é observado nas duas situações dentro do contexto de sala de aula, no entanto, a sala é uma unidade de ensino estruturado. A criança apesar de estar em JI MEC, frequenta no período da manhã a sala de ensino estruturado, fazendo parte de um grupo de oito crianças. Devido à sua problemática muito grave, a escola e a família assim o decidiram. O profissional de apoio é o docente dessa sala.

De forma à melhor perceção dos dados recolhidos nas categorias que se inserem no item 1 - Avaliação da adaptação do espaço, materiais/equipamentos, apresentamos os Quadros 18 e 19, em que o primeiro apresenta os dados relativos ao local do contexto de observação onde a intervenção foi realizada - contexto de sala de aula e contexto fora de sala de aula (nas duas observações, na 1ª observação e na 2ª observação) e no segundo quadro (Quadro 19) se podem concluir os resultados referentes às restantes categorias encontradas.

## Quadro 18

### Contexto de observação das situações

Observações	CASOS			
	Creche	JI ELI	JI MEC	Total
2 observações em contexto de sala de aula	1;7;11;13;15; 16	3;5;8;26;27;29	17;22;23;28	32
1ª observação em contexto de sala de aula	-	4;14	19;20	4
2ª observação em contexto de sala de aula	6;10	-	18	3
2 observações fora do contexto de sala de aula	-	2;9;12	21;24;25;30	14
1ª observação fora do contexto de sala de aula	6;10	-	18	3
2ª observação fora do contexto de sala de aula	-	4;14	19;20	4

De acordo com o Quadro 18, em 16 casos (32 situações observadas), as duas observações decorreram em contexto de sala de aula e em sete casos (14 situações observadas) as duas observações realizaram-se fora do contexto da sala de aula (sala de apoio/reuniões, sala de acolhimento às crianças, refeitório e biblioteca). Em sete casos, as duas observações foram realizadas em contexto diferente (4, 6, 10, 14, 18, 19, 20) uma dentro da sala de aula e outra fora da sala de aula.

Quadro 19

**Quantidade de situações observadas em creche, JI ELI e JI MEC, segundo as categorias encontradas no item avaliação da adaptação do espaço, materiais/equipamentos**

ITEM	CATEGORIAS	Nº de observações	CASOS
1 – Avaliação da adaptação do espaço, materiais/equipamentos	Zonas delimitadas no contexto de sala de aula	30	1;3;5;7;8;11;13;15;17;22;23;26;27;28;29
	Zonas delimitadas no contexto de sala de aula na 1ª observação	4	4;14;19;20
	Zonas delimitadas no contexto de sala de aula na 2ª observação	3	6;10;18;
	Zonas delimitadas fora do contexto de sala de aula	8	21;24;25;30
	Zonas delimitadas fora do contexto de sala de aula na 2ª observação	2	14;20;
	Espaços com trabalhos expostos no contexto de sala de aula	37	1;3;4;5;6;7;8;10;11;13;14;16;17;18;19;20;22;23;26;27;28;29
	Espaços com trabalhos expostos fora do contexto da sala de aula	8	12;21;24;30
	Espaços com materiais expostos no contexto de sala de aula	28	3;5;6;8;13;15;17;18;19;20;22;23;26;27;28;29
	Espaços com materiais expostos fora do contexto de sala de aula	6	10;20;21;30
	Acesso autónomo a todas as zonas em contexto de sala de aula	39	1;3;4;5;7;8;10;11;13;14;16;17;18;19;20;22;23;26;27;28;29
	Acesso autónomo a todas as zonas fora do contexto de sala de aula	11	14;19;20;21;24;25;30
	Acesso autónomo a todos os materiais em contexto de sala de aula	35	1;3;4;5;6;7;8;10;11;13;14;17;18;19;20;22;23;26;27;28;29
	Acesso autónomo a todos os materiais fora do contexto de sala de aula	12	2;14;19;21;24;25;30
	Material levado pelo profissional de apoio nas 2 observações	8	2;9;12;25
	Material levado pelo profissional de apoio na 1ª observação	3	6;18;19
	Material levado pelo profissional de apoio na 2ª observação	2	4;20

Como se pode verificar no Quadro 19, nas observações decorreram dentro dos contextos de sala de aula, estas têm zonas bem delimitadas (casinha, garagem, pintura, jogos, livros, tapete, zona de trabalho de mesa, etc.), com trabalhos de crianças expostos nas paredes e em placares, onde estão também expostos diversos materiais (mapa do tempo, mapa de presenças, mapa de registos, aniversários, etc.). Em contexto de sala de aula, as crianças têm acesso autónomo às zonas da sala em 39 observações e a todos os materiais em 35 observações. Em contexto fora da sala de aula, o acesso autónomo às zonas da sala foi possível verificar em 11 observações e a todos os materiais em 12 observações. Em nove casos, o material para trabalhar com a criança é levado profissional de apoio (nas duas observações ou apenas em uma).

Salientamos no caso 15, que os materiais e os jogos em contexto de sala de aula não estão ao alcance das crianças (contexto de creche), estando fechados nos armários ou em cima destes e as paredes estão pintadas com desenhos realizados pelos adultos. O mesmo é observado no caso 16 (contexto de creche) onde não existe separação de espaços, estando todos os materiais misturados e onde as crianças não tem acesso autónomo a materiais mais específicos (livros e alguns jogos).

Como já foi referido anteriormente, nas situações em que o apoio foi prestado individualmente não foi possível observar qualquer envolvimento dos adultos nas interações com os pares, pelo que o número total de observações, no quadro 9 é menor do que nos quadros anteriores.

Como se pode analisar no Quadro 20, em 41 observações verifica-se que a presença do profissional de apoio é aceite pelas outras crianças do grupo, e que o profissional incentiva os pares a brincarem com a criança e a criança a brincar com os pares. Em 14 observações, a educadora da sala apoia nas atividades desenvolvidas com a criança. Em 17 observações o profissional, auxilia as outras crianças nas suas atividades, assim como as crianças auxiliam o profissional com a criança que está a ser observada e brincam com o material que este leva para a sala. Em 30 observações a interação é natural entre os pares e a criança. Em quatro observações o profissional não aceita a intervenção dos pares, quando está a trabalhar com a criança.

Quadro 20

**Quantidade de situações observadas em creche, JI ELI e JI MEC, segundo as categorias encontradas no item envolvimento dos adultos nas interações com os pares**

ITEM	CATEGORIAS	Nº de observações	CASOS
2 – Envolvimento dos adultos nas interações com os pares	Apoio da educadora da sala	14	1;17;22;23;26;27;29
	Presença do profissional de apoio aceite pelas outras crianças	38	1;3;5;6;7;8;10;13;15;16;17;22;23;24;26;27;28;29;30
	Presença do profissional de apoio aceite pelas outras crianças na 1ª observação	3	4; 14; 20
	Profissional de apoio incentiva os pares a brincarem com a criança	26	1;3;7;10;11;13;17;22;23;24;27;28;29
	Profissional de apoio incentiva a criança a brincar com os pares	20	11;13;17;22;23;24;26;27;28;29
	Profissional de apoio incentiva a criança a brincar com os pares na 1ª observação	1	14
	Interação natural dos pares com a criança	28	3; 6;10;11;15;16;17;22;23;24;26;27;28;29
	Interação natural dos pares com a criança na 1ª observação	2	4;14
	Profissional de apoio auxilia os pares	16	3;5;6;7;8;11;13;24
	Profissional de apoio auxilia os pares na 1ª observação	1	4
	Profissional de apoio não aceita a intervenção dos pares	4	15;16
	Pares auxiliam o profissional de apoio com a criança	20	10;15;16;22;23;24;26;27;28;29
	Pares auxiliam o profissional de apoio com a criança na 1ª observação	2	4;14
Pares brincam com o material do profissional de apoio	2	8	

Tal como podemos verificar no Quadro 21, em 54 observações o profissional de apoio orienta o jogo, fornecendo o material e dando pistas para a sua realização. Em 10 observações a educadora da sala ajuda nas orientações, e em uma situação a educadora da sala orienta sozinha o jogo. Em 34 observações, é dada à criança liberdade para esta orientar o jogo envolvendo-se nas atividades com os pares. Quanto aos jogos desenvolvidos, em 24 observações já são conhecidos da criança, podendo esta fazer as suas escolhas e demonstrar preferências. No entanto, foram observadas 11 situações em que o profissional levou material para trabalhar com a criança, sendo que o mesmo era totalmente desconhecido da criança.

Quadro 21

**Quantidade de situações observadas em creche, JI ELI e JI MEC, segundo as categorias encontradas no item orientação dos adultos no jogo da criança**

ITEM	CATEGORIAS	Nº de observações	CASOS
3 – Orientação dos adultos no jogo da criança	Educadora da sala ajuda nas orientações	10	3;22;26;27;29
	Educadora da sala orienta o jogo na 1ª observação	1	20
	Profissional de apoio orienta o jogo	54	1;4;5;6;7;8;9;10;11;12; 13;14;15;16;18;19;20; 21;22;23;24;25;26;27; 28;29;30
	Profissional de apoio fornece material	48	1;5;8;9;10;11;12;13;14;15 ;16;18;19;20;21;22; 23;24;25;26;27;28;29;30
	Profissional de apoio dá pistas para o jogo	50	1;3;4;7;8;9;10;11;12; 14;15;16;18;19;20;21; 22;23;24;25;26;27;28; 29;30
	Profissional de apoio envolve os pares	20	1;8;15;17;22;24;26;27; 28;29
	Profissional de apoio dá liberdade à criança para orientar o jogo	34	2;4;5;10;12;15;16;17; 19;20;24;25;26;27;28; 29;30
	Profissional de apoio apresenta jogos novos	10	9;19;21;26;30
	Profissional de apoio apresenta jogos novos na 2ª observação	1	20
	Profissional de apoio apresenta jogos conhecidos da criança	24	2;11;12;13;14;16; 19;22;23;24;25;30
	Profissional de apoio deixa a criança escolher o jogo	22	4;5;10;12;15;16; 21;26;27;28;29
	Profissional de apoio deixa a criança escolher o jogo na 2ª observação	1	18
	Profissional de apoio envolve a criança nas atividades dos pares	20	3;6;7;8;15;22;24; 27;28;29
	Profissional de apoio aproveita a atividade para explorar outros temas	32	5;8;10;12;15;16;19; 20;21;23;24;25;26; 28;29;30
Profissional de apoio adapta constantemente o jogo por falta de interesse da criança	12	7;11;13;14;22;23	
Profissional de apoio ajuda na transição de atividades	32	2;5;9;10;11;12;13;14; 15;16;19;20;24;27; 28;29	
Profissional de apoio não ajuda na transição de atividades	4	17;18	

Como se pode ver no quadro 21, foi possível, em 32 observações, verificar que o profissional aproveita as atividades que estão a decorrer para explorar outros temas,

adaptando constantemente os jogos à falta de interesse que a criança possa demonstrar e ajudando-a na transição das várias atividades.

Quadro 22

**Quantidade de situações observadas em creche, JI ELI e JI MEC, segundo as categorias encontradas no item resolução de conflitos**

ITEM	CATEGORIAS	Nº de observações	CASOS
4 – Resolução de conflitos	Comportamento da criança – atira material ao chão, na 2ª observação	1	1
	Comportamento da criança – atira-se ao chão, na 2ª observação	1	1
	Comportamento da criança – teimosia quando contrariada	2	10
	Comportamento da criança – birras com choro	2	13
	Comportamento da criança – tapa a cara quando contrariada	2	13
	Comportamento da criança – apática, na 1ª observação	1	14
	Comportamento da criança – choraminga, na 2ª observação	1	19
	Comportamento do profissional de apoio – fala com a criança	2	13;21
	Comportamento do profissional de apoio – fala com a criança na 2ª observação	1	1;
	Comportamento do profissional de apoio – tenta controlar comportamento desajustado	2	15
	Comportamento do profissional de apoio – retira a criança e inicia outra atividade	2	16
	Comportamento do profissional de apoio – distrai-a com outra atividade	4	19;21
	Profissional de apoio define regras claras	8	8;13;19;21

Como se pode analisar a partir do Quadro 22, foram observadas poucas situações de conflito em que fosse necessário a intervenção do profissional de apoio. Estas situações foram todas decorrentes do comportamento da criança: atirar-se a ela e ao material para o chão, teimosia quando contrariada e/ou birras com choro, tapar a cara e choramingar. Numa única observação uma criança mostrou-se apática em relação ao meio envolvente. O profissional define regras claras sobre o comportamento em oito observações, sendo visível a necessidade de falar com a criança tentando controlar o comportamento desajustado que esta apresenta. Em quatro observações, o profissional

distrai a criança com outra atividade de forma a que esta altere o comportamento, mas em duas observações houve necessidade de retirar a criança do contexto em que estava inserida (no tapete a escutar uma história com os pares) e iniciar outra atividade individual.

Quadro 23

**Quantidade de situações observadas em creche, JI ELI e JI MEC, segundo as categorias encontradas no item sentido de pertença ao grupo**

ITEM	CATEGORIAS	Nº de observações	CASOS
5 – Sentido de pertença ao grupo	Criança brinca sozinha	8	1;6;7;16
	Pares interagem quando orientados	10	1;7;13;16;23
	Criança faz parte do grupo que faz a atividade	20	3;8;11;17;22;24;26;27;28;29
	Criança faz parte do grupo que faz a atividade na 1ª observação	1	20
	Criança faz parte do grupo que faz a atividade na 2ª observação	1	18
	Pares procuram interação constante	20	8;10;11;17;22;24;26;27;28;29
	Pares procuram interação constante, na 1ª observação	3	4;14;20;
	Pares procuram interação constante, na 2ª observação	1	18;
	Criança com atribuição de tarefas	8	24;27;28;29
	Criança com atribuição de tarefas, na 1ª observação	1	20
	Criança sem atribuição de tarefas	2	5
	Criança reage à interação	16	13;22;23;24;26;27;28;29
	Criança reage à interação, na 2ª observação	1	18
	Criança não reage à interação	2	10
	Criança não reage à interação, na 1ª observação	1	14
	Criança procura a interação	10	13;22;24;28;29

No que se refere às categorias que decorrem do item 5 da ICP, expressas no Quadro 23 só foi possível a observação nas situações que decorreram em contexto de sala de aula, como já foi referido anteriormente no Quadro 19. Em 22 das situações

observadas a criança faz parte do grupo que está a desenvolver a atividade, sendo que os pares procuram interação constante com ela (ainda que por vezes necessitem de orientação por parte do adulto) e ela reage a essa interação, chegando a procurar os outros para interagir. Em nove situações são-lhe atribuídas tarefas e em oito situações a criança brinca sozinha.

Quadro 24

**Quantidade de situações observadas em creche, JI ELI e JI MEC, segundo as categorias encontradas no item interação adulto/criança**

ITEM	CATEGORIAS	Nº de observações	CASOS
6 – Interação adulto/criança	Profissional de apoio auxilia a criança na tarefa	44	1;3;5;8;9;11;12;13;14; 15;16;17;19;21;23;24; 25;26;27;28;29;30
	Profissional de apoio auxilia a criança na tarefa, na 1ª observação	1	18
	Profissional de apoio auxilia a criança na tarefa, na 2ª observação	1	20
	Profissional de apoio demonstra afeto	12	1;8;11;16;17;27
	Profissional de apoio e criança demonstram interações recíprocas	36	2;4;5;6;7;9;10;14;16;18 20;21;22;23;26;27; 28;29
	Profissional de apoio orienta a criança na atividade	46	2;8;9;11;12;13;14;15; 16;17;18;19;20;21;22; 23;24;25;26;27;28;29; 30
	Interações visíveis - verbais	60	1;2;3;4;5;6;7;8;9;10;11; 12;13;14;15;16;17;18; 19;20;21;22;23;24;25; 26;27;28;29;30
	Interações visíveis – tom de voz sensível e carinhoso	26	8;15;19;21;22;23;24; 25;26;27;28;29;30
	Interações visíveis – não verbais – troca de olhares	10	4;7;10;14;17
	Interações visíveis – contato físico	6	7;11;16
	Profissional de apoio incentiva a criança a dar respostas mais elaboradas	10	5;12;20;21;23
	Profissional de apoio solicita constante atenção da criança	8	12;13;16;22

No Quadro 24 podemos verificar que o profissional de apoio orienta a criança nas atividades em 46 situações e que, em oito observações, solicita a constante atenção da mesma e, em 10 observações, incentiva-a a dar respostas mais elaboradas. Em todos os casos observados, ou seja em 60 observações, a criança e o profissional demonstram

interações verbais, mesmo quando utilizado algum sistema de comunicação alternativo. São ainda observadas interações recíprocas de afeto, para além das verbais, com o tom de voz sensível e carinhoso (por parte do profissional de apoio) e não verbais, onde se observam troca de olhares, bem como contato físico (dar a mão, pedir beijinho, festinhas na cara, abraços e pegar ao colo).

Quadro 25

**Quantidade de situações observadas em creche, JI ELI e JI MEC, segundo as categorias encontradas no item apoio para a comunicação**

ITEM	CATEGORIAS	Nº de observações	CASOS
7 – Apoio para a comunicação	Utilização de estratégias de repetir/comentar/expandir	50	1;2;3;4;5;6;7;8;9;11;12; 13;15;17;19;20;21;22; 23;24;25;26;27;29;30
	Profissional de apoio recorre a outras atividades para ajudar a compreensão	2	1
	Profissional de apoio fornece pistas	10	3;12;17;27;29
	Profissional de apoio recorre a trabalhos como modelo	2	3
	Criança recorre ao apontar e levar o adulto	2	16
	Profissional de apoio aproveita a interação entre a criança e os pares	10	4;17;20;23;28
	Profissional de apoio recorre a desenhos, gestos e sons	8	5;8;14;28
	Profissional de apoio recorre a imagens e fotos	12	6;8;9;11;29;30
	Criança é que responde às questões mesmo em situação com os pares	2	8
	Utilização de vocabulário simples e direto	8	10;13;18;19
	Utilização de caderno de comunicação - SPC	14	14;18;19;21;23;26;30
	Utilização de caderno de comunicação - PECS	2	22
	Criança apoia-se na expressão facial do profissional de apoio	2	15
	Profissional de apoio recorre a entoações diferentes	4	16;18

Ao analisarmos o Quadro 25, verificamos que, em 50 observações, o profissional de apoio utiliza a estratégia de repetir as palavras da criança de forma a dar ênfase às mesmas, comentando o que está a ser do seu interesse e expandindo a conversação com a criança, aproveitando a interação com os pares. O profissional recorre a outras

atividades para ajudar na compreensão, nomeadamente fornecendo pistas, recorrendo a outros trabalhos como modelo (desenhos, imagens e fotos), a gestos e sons (entoações diferentes). Nas duas situações observadas no caso 15, a criança apoia-se na expressão facial do profissional. Quando esta não consegue explicar o que pretende, aponta ou leva o adulto ao local. É utilizado pelo profissional, vocabulário simples e direto. Em 14 observações que correspondem aos casos 14, 18, 19, 21, 23, 26 e 30, é utilizado caderno de comunicação através do sistema aumentativo e alternativo *SPC – Pictogram Ideogram Communication* e no caso 22, nas duas observações é utilizado o *PECS – Picture Exchange Communication System*.

Relativamente ao item de participação nas atividades de grupo, cujos dados constam no Quadro 26, salientamos, uma vez mais, que só foi possível observar nas situações que decorreram em contexto de sala de aula. Em 21 observações, a criança é envolvida nas atividades de grupo por parte dos pares. Também foi possível observar que, em 11 situações as crianças não participam nas atividades. Quando decorrem estas atividades de grupo, é possível observar comportamentos distintos, como de satisfação, birras e tapar os ouvidos.

Quadro 26

**Quantidade de situações observadas em creche, JI ELI e JI MEC, segundo as categorias encontradas no item adaptação das atividades de grupo**

ITEM	CATEGORIAS	Nº de observações	CASOS
8 – Adaptação das atividades de grupo	Criança é envolvida na atividade do grupo e participa muito	18	3;11;17;23;24;26;27; 28;29
	Criança é envolvida na atividade do grupo e participa muito, na 1ª observação	2	4;20
	Criança é envolvida na atividade do grupo e participa muito, na 2ª observação	1	18
	Criança é envolvida na atividade do grupo e participa pouco	4	1;8
	Criança é envolvida na atividade do grupo e participa pouco, na 1º observação	1	14
	Criança é envolvida na atividade do grupo e não participa	10	7;10;13;16;22
	Criança é envolvida na atividade do grupo e não participa, na 2ª observação	1	6
	Criança não demonstra disponibilidade para interagir no grupo	6	10;13;16
	Criança não demonstra disponibilidade para interagir no grupo, na 2º observação	1	6
	Comportamentos da criança nas atividades de grupo – satisfação	2	7
	Comportamentos da criança nas atividades de grupo – birras	2	1
	Comportamentos da criança nas atividades de grupo – tapa os ouvidos	2	22
	Criança envolve-se nas atividades de grupo com ajuda	6	3;7;22
	Criança envolve-se nas atividades de grupo sem ajuda	14	17;23;24;26;27;28;29
	Criança envolve-se nas atividades de grupo sem ajuda, na 1ª observação	2	14;20
	Criança envolve-se nas atividades de grupo sem ajuda, na 2º observação	1	18
	Criança está envolvida/integrada nas atividades de grupo por parte dos pares	18	3;17;22;23;24;26;27; 28;29
	Criança está envolvida/integrada nas atividades de grupo por parte dos pares, na 1ª observação	2	4;20
	Criança está envolvida/integrada nas atividades de grupo por parte dos pares, na 2ª observação	1	18

Quadro 27

**Quantidade de situações observadas em creche, JI ELI e JI MEC, segundo as categorias encontradas no item transição entre atividades**

ITEM	CATEGORIAS	Nº de observações	CASOS
9 – Transição entre atividades	Criança tem de ser encaminhada para outra atividade ou espaço	34	1;3;6;7;8;13;14;15; 16;17;18;21;22;23; 26;29;30
	Criança conhece as rotinas	26	2;8;10;12;18;19;20;23; 25;26;27;28;30
	Criança gere o tempo na atividade com ajuda	14	2;18;22;23;25;29;30
	Criança gere o tempo na atividade sem ajuda	4	27;28
	Criança precisa de mais tempo para cada atividade	4	3;20
	Criança vai buscar e arrumar o material com ajuda	10	6;7;22;23;30
	Criança vai buscar e arrumar o material com ajuda, na 2ª observação	1	29
	Criança vai buscar e arrumar o material sem ajuda	20	4;9;10;18;19;24;25; 26;27;28
	Criança muda de atividade sozinha	14	5;10;12;25;26;27;28
	Criança muda de atividade sozinha, na 2ª observação	1	18
	Criança aguarda a sugestão do profissional de apoio para mudar de atividade	18	7;8;9;13;14;15;16; 21;24
	Criança vai mudando de atividade por sugestão do profissional de apoio	7	4;12;19;22;23;29;30
	Criança vai mudando de atividade por sugestão do profissional de apoio, na 1ª observação	1	20
	Criança escolhe o material com ajuda	12	20;22;23;24;29;30
	Criança escolhe o material sem ajuda	16	5;10;18;19;25;26;27;28
	Criança tem opção de escolha na atividade	24	10;11;12;16;17;18;19; 25;26;27;28; 30
	Criança tem opção de escolha na atividade, na 2ª observação	1	29
	Criança não tem opção de escolha na atividade	10	9;14;15;21;24
	Transição de atividades bem organizada	28	5;8;12;18;19;22;23;24; 25;26;27;28;29;30
	Transição de atividades bem organizada, na 1ª observação	1	20
Transição de atividades mal organizada	16	7;10;13;14;15;16;17;21	

Analisando o Quadro 27, em 34 observações a criança tem de ser encaminhada para outra atividade ou espaço não demonstrando ter autonomia. As crianças

demonstram conhecer as rotinas durante as atividades que estão a desenvolver, escolhendo, indo buscar e arrumar o material com e sem ajuda. Foi possível verificar, em 14 observações, que a criança é capaz de gerir o tempo na atividade, mesmo necessitando de ajuda e, quatro vezes, sem ajuda, Também em quatro observações ela necessita de mais tempo para finalizar a atividade que está a desenvolver. Em 25 situações, a criança tem opção de escolha no que quer fazer, no entanto em 10 observações isso não acontece. Vai mudando de atividade por sugestão do profissional de apoio ou fica a aguardar que este a faça.

Em 29 observações a transição entre atividades mostra-se bem organizada, destacando-se 18 situações em que transição entre atividades é mal organizada. Destacamos as transições bem organizadas quando a criança vai buscar outro jogo ou dá início a outra atividade apenas quando dá por finalizada a anterior e arruma o material, sendo esta da sua vontade ou sugerida pelo profissional. Em alguns casos a criança demonstra conhecer bem as rotinas da sala. O profissional define as regras no início da observação, verbalizando-as e a criança cumpre-as. Foi possível observar na mudança das atividades, ajuda verbal por parte do profissional de forma a que a criança entenda as normas. Nos casos 22, 23 e 30, para além da ajuda verbal, a criança utilizou também a ajuda com o caderno de comunicação.

Nas 18 observações que definimos como transição de atividades mal organizada, salientamos que a criança não finaliza nenhuma atividade, nem arruma o material passando de imediato para outra atividade, não se percebendo, por vezes, quando uma atividade acaba e outra inicia. Por vezes o profissional apresenta uma nova atividade, ainda sem a criança ter finalizado a anterior, pois esta desistiu da mesma (caso 10, 13 e 16). Mas no caso 13 e 14 a criança não aceita fazer mais nada, demonstrando total indisponibilidade e alheamento ao que se passa à sua volta. Salientamos que esta falta de organização, também se deve à vontade da criança em desistir da atividade e à sua dispersão (caso 14 e 16).

Quadro 28

**Quantidade de situações observadas em creche, JI ELI e JI MEC, segundo as categorias encontradas no item *feedback***

ITEM	CATEGORIAS	Nº de observações	CASOS
10 – <i>Feedback</i>	Profissional de apoio dá <i>feedback</i> positivo à criança – encoraja-a a melhorar o desempenho	42	1;2;4;5;6;7;8;9;10;11;12;14;16;17;22;24;25;27;28;29;30
	Profissional de apoio dá <i>feedback</i> positivo à criança – fornecendo pistas	6	2;25;26
	Profissional de apoio dá <i>feedback</i> positivo à criança – pequenos gestos – <i>dá mais cinco</i>	6	3;5;7
	Profissional de apoio dá <i>feedback</i> positivo à criança – pequenos gestos - festa na cara	4	4;8
	Profissional de apoio dá <i>feedback</i> positivo à criança – pequenos gestos - festa no braço	2	9
	Profissional de apoio dá <i>feedback</i> positivo à criança – pequenos gestos – festa na cabeça	4	25;27
	Profissional de apoio dá <i>feedback</i> positivo à criança – pequenos gestos - abraço	2	11
	Profissional de apoio dá <i>feedback</i> positivo à criança – mostra o trabalho feito aos pares	2	3
	Profissional de apoio dá <i>feedback</i> positivo à criança – incentiva a criança a pedir ajuda aos pares	2	8
	Profissional de apoio dá <i>feedback</i> positivo à criança – incentivo verbal – <i>muito bem</i>	24	18;19;20;21;22;23;24;25;26;28;29;30
	Profissional de apoio dá <i>feedback</i> positivo à criança – incentivo verbal – <i>boa</i>	2	15
	Criança faz um auto reforço positivo – dizendo <i>muito bem</i>	2	9

No Quadro 28 podemos verificar que o profissional de apoio dá *feedback* positivo à criança, nomeadamente encorajando-a a melhorar o seu desempenho em 42 observações, fornecendo pistas em seis observações e através de pequenos gestos em 18 observações (*dá mais cinco*, festas na cara, no braço, na cabeça, abraços). O profissional mostra o trabalho feito pela criança aos pares e incentiva-a pedir ajuda quando necessário. Verifica-se igualmente o incentivo verbal por parte do profissional, *muito bem* e *boa* em 26 situações. Nas duas situações observadas no caso 9, a própria criança faz um auto reforço positivo – *muito bem*.

### **3 Resultados das observações em contexto de domicílio de acordo com alguns dos itens da *Inclusive Classroom Profile (ICP)***

Em contexto de domicílio, os seis casos observados não foram tratados da mesma forma que os observados em contexto de creche, JI ELI e JI MEC, uma vez que a ICP não se adapta a este tipo de contexto, nomeadamente o item 2 – envolvimento dos adultos nas interações com os pares, item 5 – sentido de pertença ao grupo e item 8 – adaptação das atividades de grupo. Os restantes itens são passíveis de servir como referencial para as observações, mesmo em contexto domiciliário. Mantivemos a numeração do ICP - itens e categorias - sempre que estes eram referenciais adequados.

#### **Item 1 – Avaliação da adaptação do espaço, materiais/equipamentos em domicílio**

Categorias encontradas:

- ✓ Intervenção em sala adaptada para o apoio
- ✓ Intervenção em espaço comum da casa
- ✓ Espaço pouco acessível para a criança
- ✓ Pouca diversidade de materiais
- ✓ Muita diversidade de materiais
- ✓ Acesso autónomo a todos os materiais
- ✓ Materiais inacessíveis à criança, que esta solicita
- ✓ Acesso autónomo a todas as zonas da sala
- ✓ Material levado pelo profissional de apoio
- ✓ Material emprestado pelo profissional de apoio

#### **Item 3 – Orientação dos adultos no jogo da criança em domicílio**

Categorias encontradas:

- ✓ Profissional de apoio não permite que a criança escolha o jogo
- ✓ Profissional de apoio questiona a criança sobre a construção do jogo
- ✓ Profissional de apoio demonstra à criança como se realiza o jogo
- ✓ Profissional de apoio ajuda a criança a realizar o jogo colocando a peça no local correto
- ✓ Profissional de apoio estimula e incentiva constantemente a criança
- ✓ Profissional de apoio adapta constantemente o jogo à criança
- ✓ Profissional de apoio deixa a criança escolher o jogo

- ✓ Profissional de apoio mostra-se sensível e atento ao comportamento da criança
- ✓ Profissional de apoio dá liberdade à criança para orientar o jogo
- ✓ Profissional de apoio aproveita a atividade para explorar outros temas
- ✓ Profissional de apoio passa estratégias constantemente à mãe

#### Item 4 – Resolução de conflitos em domicílio

Categorias encontradas:

- ✓ Comportamento da criança – grita e levanta-se da mesa de trabalho
- ✓ Comportamento da criança – mão na boca
- ✓ Comportamento da criança – atira-se para trás quando está sentada no chão
- ✓ Comportamento da criança – morde o que tem na boca e empertiga-se
- ✓ Comportamento da criança – afável e simpática
- ✓ Profissional de apoio define regras claras
- ✓ Profissional de apoio solicita que a criança olhe para ele

#### Item 6 – Interação adulto-criança em domicílio

Categorias encontradas:

- ✓ Profissional de apoio auxilia a criança na tarefa
- ✓ Profissional de apoio demonstra ausência de estímulos para com a criança
- ✓ Profissional de apoio demonstra pouca afetividade com a criança
- ✓ Profissional de apoio incentiva a criança a dar respostas mais elaboradas
- ✓ Profissional de apoio baseia-se de forma intencional nos interesses da criança
- ✓ Profissional de apoio demonstra relacionamento positivo com a criança
- ✓ Criança demonstra conhecer bem o profissional de apoio
- ✓ Interações visíveis – tom de voz sensível e carinhoso
- ✓ Interações visíveis – verbais *vamos buscar*
- ✓ Interações visíveis – não verbais – orienta o braço da criança

#### Item 7 – Apoio para a comunicação em domicílio

Categorias encontradas:

- ✓ Utilização de estratégias de repetir/comentar/expandir

- ✓ Utilização de estratégias de repetir e adaptar a linguagem para um modo mais simples
- ✓ Profissional de apoio fornece pistas sonoras e visuais
- ✓ Utilização de caderno de comunicação – SPC
- ✓ Profissional de apoio recorre a entoações diferentes
- ✓ Profissional de apoio demonstra que percebe a criança (mesmo quando a comunicação é imperceptível) para manter conversa com agrado (para a criança)

#### Item 9 – Transição entre atividades em domicílio

Categorias encontradas:

- ✓ Pouca variedade de materiais
- ✓ Criança tem autonomia para mudar de atividade
- ✓ Criança vai mudando de atividade por imposição do profissional de apoio
- ✓ Profissional de apoio não permite mais exploração do jogo quando este está terminado
- ✓ Criança escolhe o material sem ajuda
- ✓ Profissional de apoio escolhe o material
- ✓ Criança arruma o material e escolhe outro jogo
- ✓ Criança arruma o material com ajuda
- ✓ Profissional de apoio verbaliza a transição entre as atividades
- ✓ Transição de atividades bem organizada
- ✓ Transição de atividades mal organizada

#### Item 10 – *Feedback* em domicílio

Categorias encontradas:

- ✓ Profissional de apoio dá *feedback* positivo à criança – de forma sucinta e pouco clara
- ✓ Profissional de apoio dá *feedback* positivo à criança – verbal e gestual
- ✓ Profissional de apoio dá *feedback* positivo à criança – verbal e físico
- ✓ Profissional de apoio apoia bastante a criança
- ✓ Profissional de apoio integra a avó na atividade e dá *feedback* constante à criança

Foram observadas seis crianças, cada uma com duas observações. Assim, as 12 situações observadas foram idênticas, quanto ao contexto de observação, decorrendo todas em domicílio, dentro do espaço da casa onde habitam, com exceção do caso 35 e 36, em que as observações decorreram em casa da avó, contexto de domicílio onde as crianças ficam durante o dia.

Antes de analisar as observações, parece-nos pertinente salientar e descrever algumas particularidades aos casos observados em contexto de domicílio:

1. Caso 31 – A observação foi realizada numa sala de brinquedos (com muitos jogos e brinquedos de casa) onde a criança brinca habitualmente sozinha. É neste espaço que o profissional de apoio trabalha com a criança, levando material seu. A mãe da criança, que está em casa com ela, nunca está presente no momento da intervenção, deslocando-se para outro local da casa;
2. Caso 32 - A observação foi realizada num quarto adaptado pela família para desenvolver o método *Son-Rise* com a criança. O profissional de apoio está sozinho no espaço enquanto desenvolve a atividade e a mãe na sala de estar;
3. Caso 33 – A observação foi realizada na sala de estar, com a mãe presente. Esta situação é habitual, uma vez que o profissional de apoio passa muitas estratégias à mãe para esta trabalhar ao longo da semana, deixando também muito material específico. A sala está adaptada com imagens do SPC (Símbolos Pictográficos para a Comunicação);
4. Caso 34 – A observação foi realizada na sala de estar/jantar, com os pais presentes, uma irmã gêmea e um irmão mais novo. Os irmãos não interagem com a criança. O profissional de apoio vai passando estratégias à família para que esta trabalhe durante a semana;
5. Caso 35 – A observação foi realizada na sala de estar da casa da avó, com uma grande variedade de brinquedos para estimulação (diferentes texturas, sons e cores) e o profissional de apoio também leva material;
6. Caso 36 - A observação foi realizada na sala de estar com cozinha (sala ampla) da casa da avó, com poucos brinquedos. O profissional de apoio leva material para trabalhar com a criança que está sentada durante toda a intervenção numa cadeira alta de alimentação, sendo o trabalho desenvolvido em frente à mesa da cozinha. A profissional de apoio

solicita constantemente a atenção da avó que está no fogão a fazer a refeição, para a integrar nas atividades de forma a que ela dê continuidade ao trabalho durante a semana (a criança fica ao cuidado da avó todos os dias, mas vai dormir a casa dos pais). A casa é muito pouco acessível com muitas escadas e quartos. Para além da criança, a avó toma conta dos quatro bisavós da criança, que residem com a avó.

Como se verifica pelo que atrás foi descrito, em todas as situações observadas em contexto de domicílio, houve sempre a presença de adultos no espaço de casa, podendo destacar a presença da mãe (em ambas as observações dos casos 31, 32 e 33), a presença da mãe e do pai (em ambas as observações do caso 34) e da avó (em ambas as observações dos casos 35 e 36).

Nas observações dos casos 31, 32 e 35, o adulto manteve-se em outro espaço dentro da casa, nunca participando ou observando a intervenção por parte do profissional de apoio. Nas observações dos casos 33, 34 e 36, os adultos presentes, no espaço onde decorreu o apoio, não participaram na atividade, mantendo apenas com o profissional uma conversa sobre o que se estava a passar. No entanto, o profissional passou constantemente estratégias à família presente. Apenas nas observações do caso 36, o profissional integrou a avó nas atividades que decorreram, tendo esta participando nas mesmas.

Tal como se pode ver no Quadro 29, em quatro dos casos, as oito observações aconteceram num espaço comum da casa (sala de estar e cozinha), sendo que as restantes decorreram num espaço adaptado para o apoio (quarto de brinquedos e espaço adaptado para o *método Son-Rise*). O espaço da cozinha era pouco acessível para a criança estando esta sempre sentada à mesa numa cadeira de alimentação e não tendo acesso autónomo ao espaço. Em oito observações correspondentes a quatro casos, havia muita diversidade de materiais, tendo a criança acesso autónomo a todos eles. Constatou-se apesar disso que, em oito observações, o profissional de apoio levou o seu próprio material, chegando, no caso 33, a emprestá-lo à família.

Quadro 29

**Quantidade de situações observadas em domicílio, segundo as categorias encontradas no item avaliação da adaptação do espaço, materiais/equipamentos**

ITEM	CATEGORIAS	Nº de observações	CASOS
1 – Avaliação da adaptação do espaço, material/equipamentos	Intervenção em sala adaptada para o apoio	4	31;32
	Intervenção em espaço comum da casa	8	33;34;35;36
	Espaço pouco acessível para a criança	2	36
	Pouca diversidade de materiais	4	31;36
	Muita diversidade de materiais	8	32;33;34;35
	Acesso autónomo a todos os materiais	8	31;32;33;36
	Materiais inacessíveis à criança, que esta solicita	2	33
	Acesso autónomo a todas as zonas da sala	10	31;32;33;34;35
	Material levado pelo profissional de apoio	8	31;34;35;36
	Material emprestado pelo profissional de apoio	2	33

Da análise ao Quadro 30 constata-se que, em quatro observações o profissional de apoio não permite à criança que esta escolha o jogo que quer fazer, mas em outras quatro a criança pode escolher. Também em quatro observações é possível ver que o profissional questiona sobre a construção do jogo, demonstrando como o mesmo se realiza (caso 36) e chegando a ajudar a criança colocando as peças no local correto (caso 31). É igualmente possível observar que o profissional estimula e incentiva constantemente a criança, adaptando-lhe o jogo e permitindo que a mesma oriente a atividade. No caso 34, o profissional mostra-se sensível e atento ao comportamento da criança e, no caso 35, é aproveitada a atividade para explorar outros temas relacionados com o jogo. Foi também possível observar, nos casos 33 e 34, que o profissional passou constantemente estratégias à mãe e à mãe e pai, respetivamente.

Quadro 30

**Quantidade de situações observadas em domicílio, segundo as categorias encontradas no item orientação dos adultos no jogo da criança**

ITEM	CATEGORIAS	Nº de observações	CASOS
3 – Orientação dos adultos no jogo da criança	Profissional de apoio não permite a criança que escolha o jogo	4	31;36
	Profissional de apoio questiona a criança sobre a construção do jogo	4	31;36
	Profissional de apoio demonstra à criança como se realiza o jogo	2	36
	Profissional de apoio ajuda a criança a realizar o jogo colocando a peça no local correto	2	31
	Profissional de apoio estimula e incentiva constantemente a criança	8	32;33;34;35
	Profissional de apoio adapta constantemente o jogo à criança	2	32
	Profissional de apoio deixa a criança escolher o jogo	4	32;35
	Profissional de apoio mostra-se sensível e atento ao comportamento da criança	2	34
	Profissional de apoio dá liberdade à criança para orientar o jogo	2	35
	Profissional de apoio aproveita a atividade para explorar outros temas	2	35
	Profissional de apoio passa estratégias constantemente à mãe	4	33;34

Dos dados do Quadro 31, podemos concluir que, apenas no caso 33, o profissional de apoio definiu claramente as regras, no entanto foi possível testemunhar em algumas observações, o comportamento menos aceitável das várias crianças. No caso 33 a criança, grita e levanta-se da mesa de trabalho e no caso 35 coloca a mão na boca e atira-se para trás quando está sentada no chão, mordendo o que tem na boca e empertigando-se. A criança do caso 36 apresenta um comportamento afável e simpático. Nas duas observações do caso 35, o profissional solicita à criança que esta olhe para ele.

Quadro 31

**Quantidade de situações observadas em domicílio, segundo as categorias encontradas no item resolução de conflitos**

ITEM	CATEGORIAS	Nº de observações	CASOS
4 – Resolução de conflitos	Comportamento da criança – grita e levanta-se da mesa de trabalho	2	33
	Comportamento da criança – mão na boca	2	35
	Comportamento da criança - atira-se para trás quando está sentada no chão	2	35
	Comportamento da criança – morde o que tem na boca, e empertiga-se	2	35
	Comportamento da criança – afável e simpática	2	36
	Profissional de apoio define regras claras	2	33
	Profissional de apoio solicita que a criança olhe para ele	2	35

Quando observamos os dados do Quadro 32, verificamos que, nos casos 32, 33 e 34, o profissional de apoio auxilia a criança na tarefa. Nos mesmos casos também se observa que o profissional incentiva a criança a dar respostas mais elaboradas baseando-se, de forma intencional, nos interesses da mesma. Podemos observar igualmente o relacionamento positivo que há entre ambos, em que o profissional utiliza um tom de voz sensível e carinhoso nos casos 32 e 33, sendo visíveis interações verbais (*vamos buscar*) e não verbais (orienta o braço da criança) no caso 35, em que a criança demonstra conhecer bem o profissional. No caso 31, nas duas situações observadas, o profissional não estimula a criança nem explora, com ela os materiais: entrega-os à criança e não lhe explica nem ensina como fazer ou explorar o jogo. Também não aproveita a situação, para colocar questões mais abrangentes e elaborativas (como por exemplo, *de cor é a casa, ou quantos meninos estás a ver?*). Demonstra, igualmente, pouco envolvimento afetivo com a criança.

Quadro 32

**Quantidade de situações observadas em domicílio, segundo as categorias encontradas no item interação adulto-criança**

ITEM	CATEGORIAS	Nº de observações	CASOS
6 – Interação adulto-criança	Profissional de apoio auxilia a criança na tarefa	6	32;33;34
	Profissional de apoio demonstra ausência de estímulos para com a criança	2	31
	Profissional de apoio demonstra pouca afetividade com a criança	2	31
	Profissional de apoio incentiva a criança a dar respostas mais elaboradas	6	32;33;34
	Profissional de apoio baseia-se de forma intencional nos interesses da criança	6	32;33;36
	Profissional de apoio demonstra relacionamento positivo com a criança	4	35;36
	Criança demonstra conhecer bem o profissional de apoio	2	35
	Interações visíveis – tom de voz sensível e carinhoso	4	32;33
	Interações visíveis – verbais <i>vamos buscar</i>	2	35
	Interações visíveis – não verbais – orienta o braço da criança	2	35

Como podemos observar no Quadro 33, nos casos 31, 32 e 33, o profissional de apoio utiliza a estratégia de repetir as palavras da criança de forma a dar ênfase às mesmas, comentar o que está a ser do seu interesse e expandir a conversação com a criança. Nos casos 34 e 35, repete e adapta a linguagem para um modo mais simples e recorre a entoações diferentes, fornecendo pistas sonoras e visuais também o caso 35. Nos casos 32 e 33 é utilizado o caderno de comunicação através do sistema aumentativo e alternativo *SPC – Pictogram Ideogram Communication*. Nas duas observações do caso 36, o profissional demonstra que percebe a criança, mesmo quando a comunicação é imperceptível, para manter a conversa com agrado, por parte da criança.

Quadro 33

**Quantidade de situações observadas em domicílio, segundo as categorias encontradas no item apoio para a comunicação**

ITEM	CATEGORIAS	Nº de observações	CASOS
7 – Apoio para a comunicação	Utilização de estratégias de repetir/comentar/expandir	6	31;32;33
	Utilização de estratégias de repetir e adaptar a linguagem para um modo mais simples	4	34;35
	Profissional de apoio fornece pistas sonoras e visuais	2	35
	Utilização de caderno de comunicação - SPC	4	32;33
	Profissional de apoio recorre a entoações diferentes	2	35
	Profissional de apoio demonstra que percebe a criança (mesmo quando a comunicação é imperceptível) para manter conversa com agrado (para a criança)	2	36

Ao analisarmos o Quadro 34, é possível verificar que, nos casos 32 e 35, a criança tem autonomia para mudar de atividade, mas que nos casos 31 e 36 a mudança de atividade acontece por imposição do profissional de apoio. Nas duas observações do caso 31, o profissional não permite que a criança volte a explorar um jogo que já esteja terminado. Foi possível observar que a criança consegue escolher o jogo sem ajuda e arrumá-lo, no caso 32, no entanto nas observações dos casos 32, 33 e 36 necessita da ajuda do profissional. Também nas observações dos casos 33, 35 e 36 foi possível constatar que é o profissional que escolhe o jogo para a criança. Em 10 observações verificou-se que as transições entre atividades estavam bem organizadas e que em oito das observações o profissional verbaliza a transição entre as mesmas. No caso 31, para além das transições de atividades estarem mal organizadas, foi possível constatar que existe pouca variedade de materiais.

Quadro 34

**Quantidade de situações observadas em domicílio, segundo as categorias encontradas no item transição entre atividades**

ITEM	CATEGORIAS	Nº de observações	CASOS
9 – Transição entre atividades	Pouca variedade de materiais	2	31
	Criança tem autonomia para mudar de jogo	4	32;35
	Criança vai mudando de atividade por imposição do profissional de apoio	4	31;36
	Profissional de apoio não permite mais exploração do jogo quando este está terminado	2	31
	Criança escolhe o jogo sem ajuda	2	32
	Profissional de apoio escolhe o jogo	6	33;35;36
	Criança arruma o material e escolhe outro jogo	2	32
	Criança arruma o jogo com ajuda	6	32;33;36
	Profissional de apoio verbaliza a transição entre as atividades	8	32;33;34;35
	Transição de atividades bem organizada	10	32;33;34;35;36
	Transição de atividades mal organizada	2	31

No Quadro 35 salientamos que o profissional de apoio dá *feedback* positivo à criança, através de pistas verbais, físicas e gestuais e, nos casos 32 e 33, apoia bastante a criança. Nas duas situações observadas do caso 31, o *feedback* dado à criança é positivo, no entanto, isso é feito de forma sucinta e pouco clara. Foi também possível, nas duas observações do caso 36, verificar que o profissional integrou a avó na atividade e passou um *feedback* constante à criança.

Quadro 35

**Quantidade de situações observadas em domicílio, segundo as categorias encontradas no item *feedback***

ITEM	CATEGORIAS	Nº de observações	CASOS
10 – <i>Feedback</i>	Profissional de apoio dá <i>feedback</i> positivo à criança – de forma sucinta e pouco clara	2	31
	Profissional de apoio dá <i>feedback</i> positivo à criança – verbal e gestual	8	32;33;34;36
	Profissional de apoio dá <i>feedback</i> positivo à criança – verbal e físico	2	35
	Profissional de apoio apoia bastante a criança	4	32;33
	Profissional de apoio integra a avó na atividade e dá <i>feedback</i> constante à criança	2	36

**4 Resultados das entrevistas às três mães**

Apresentamos nesta parte do nosso trabalho, os dados obtidos através das entrevistas realizadas às três mães. Como já referimos no capítulo anterior, a entrevista às mães foi realizada em três casos específicos, uma vez que no decorrer do nosso estudo, três crianças apoiados pela ELI – dois em domicílio e um em creche, vêm mais tarde, a ser apoiadas em contexto de JI por docente EE do MEC.

As três famílias disponibilizaram-se após a segunda entrevista do preenchimento da EIFF, para dar continuidade ao estudo se achássemos pertinente, tendo sido depois contactadas para a entrevista que se realizou no domicílio, em dois casos, e no outro, no espaço do emprego de uma das mães.

A entrevista 1 (E1), corresponde ao caso 32 em contexto de domicílio e ao caso 23 em contexto de JI MEC. A entrevista 2 (E2) corresponde ao caso 34 em contexto de domicílio e ao caso 30 em contexto de JI MEC e a entrevista 3 (E3) corresponde ao caso 1 em contexto de creche e ao caso 21 em contexto de JI MEC.

No Quadro 36, constam as transcrições das entrevistas e os dados significativos e exemplos de unidades de sentido.

Quadro 36

Dados obtidos através das entrevistas realizadas às três mães

TEMA	SUB-TEMA	E1	E2	E3
Serviços de apoio	Saúde			
	Consulta de pediatria	“Primeiro falei com o pediatra do meu filho.”		
	Consulta de psicologia	“Depois tive uma consulta de psicologia.”		
	Consulta de desenvolvimento	“Depois tive uma consulta de desenvolvimento e a partir daí a médica de desenvolvimento escreveu uma carta para a U.”	“Foi encaminhada a partir da c. desenvolvimento do H.A. pela Dra. I.  “Mudamos para aqui (H.C. em L.) é mais cómodo e é outro tipo de apoio.”	“Foi da médica do H.B., foi ela própria que ligou para a ELI ... não mentira ... ela ligou para a terapeuta M. que elas conheciam-se da segurança social e pediu-lhe para ficar com o T. na altura a nível de terapia da fala. E depois acho que foi a Dra. M. que está lá (no H.B.), que entrou em contato com a ELI de L.”  “Porque mais uma vez a médica do H.B. e a Dra. M. disse que ia abrir uma sala de unidade de autismo, ali. E aproveitámos ... mudámos logo.”
Acompanhamento na U.	“Depois o Dr. P. que é o chefe da unidade de pedopsiquiatria da U. escreveu uma carta para o Centro de saúde para solicitar o apoio da ELI.”  “Consegui encontrar uma escola adequada para o meu filho, embora fora da nossa área de residência, mas também tivemos ajuda do Dr. P.			

		através de uma carta.”		
	Encaminhamento para a ELI		“Tive conhecimento porque a Dra. I. encaminhou.”	
	Unidade de ensino estruturado			“Então o que ela fez (a educadora) que via que ele ficava agitado ... a turma descia e vinha à sala mais vezes, à unidade.”
<b>Educação</b>				
	Apoio da ELI	<p>“A educadora da ELI ajudou-nos a encontrar um escola com unidade de ensino estruturado.”</p> <p>“Na ELI o meu filho teve um ano e meio em domicílio.”</p>	<p>“Primeiro foi apoiada pela ELI, 2 ou 3 anos em casa. Logo no início 2 anos.”</p> <p>“A ELI ia a casa, o contato agora é só nas reuniões.”</p>	<p>“Foi só pela ELI, foi só acompanhado pela EE da ELI. Eu penso que teve ... foi 2, dois ou 3 que teve. Foi 2.”</p> <p>“Penso que sim, porque eles aqui em baixo ainda no último ano eles usaram o método dos símbolos, onde é que o T. tinha de ir pôr os símbolos.”</p>
	Apoio do MEC	<p>“Na EE já está há 3 anos.”</p> <p>“Tem sido feito o <i>método Son-Rise</i>, terapia ocupacional, terapia da fala, psicologia, psicomotricidade, terapia da dança e movimento e terapia em meio aquático.”</p> <p>“Neste momento só tem a terapia da fala na escola e docente de EE e continua apoiado na sala de ensino estruturado.”</p>	<p>“A partir de que nos mudamos, com 4 anos dela, começou a ser acompanhada pela EE, mais 2 anos e meio. Mudamos no meio do ano.”</p> <p>“Daqui temos menos contato, agora é só nas reuniões, mas sim.”</p> <p>“Com a H. que é da EE sei o que faz porque ela manda vídeos do trabalho que faz.”</p> <p>“A educadora deste ano é mais ou menos, a educadora do ano passado era espetacular, mas era contratada e foi embora.”</p> <p>“Foi uma pena aquela educadora era muito boa, ... e este ano a K. só</p>	<p>“Ali é que teve uma docente de EE. Ali teve 1 ano.”</p> <p>“Agora eu tenho a noção que eles tentam fazer o que fazem na sala, mas já perceberam que o T. não consegue chegar lá pelo método normal, agora ele está a fazer o método das 28 palavras, o normal dito normal com que nós aprendemos, acham que ele não estava a conseguir chegar lá. Porque o T. tem uma capacidade muito acentuada de foco de visão, acho que é de focar a visão, pronto ... o T. sabe ler e elas chegaram à conclusão que ele assim sabe ler e lê e elas depois fazem ... estão realmente a trabalhar com o método</p>

## Um estudo comparativo

			desenvolveu um bocadinho, mas não aquilo que podia ter feito.”	do símbolo, põem o símbolo e põem a palavra à frente, mas depois tampam-lhe os símbolos todos e trocam-lhe as palavras e ele vai lá e coloca-os nos sítios certos.”
	<b>Outros apoios</b>			
		<p>“Teve natação adaptada com a associação AAMA, terapia ocupacional no H.D., depois passou a ser numa associação I.S. onde teve também terapia da fala.”</p> <p>“Depois passamos a terapia ocupacional para um centro de desenvolvimento em A.”</p> <p>“Este processo durou até à passagem para o 1º ano e foi tudo pago por nós.”</p>	<p>“Já fui procurar escolas particulares para autistas, as que estão em A., para primária particular, mas não há muita coisa, ainda.”</p> <p>“Eu tenho ela inscrita nas várias associações para crianças autistas, mas já percebi que Israel é o país ideal.”</p> <p>“Nunca paguei nenhum apoio em particular. Há muita coisa, muita oferta, mas ir à consulta do Dr. L. para ele dizer a mesma coisa e deitar fora 80 euros, então compro alguma coisa para ela.”</p> <p>”Já procurei, procurei bastante ainda quando estávamos em O. mas não vale a pena. O que vão dizendo nas consultas é igual, não é preciso pagar.”</p>	<p>“No início era pela ELI na segurança social mas entretanto ela reformou-se.”</p> <p>“O T. por acaso tem uma vez por semana piscina na de Loures, com terapeutas, 45 minutos.”</p> <p>“É a Câmara de L. que oferece 45 minutos por semana aos miúdos.”</p> <p>“Sim , a segurança social, depois mais tarde quando viesse o processo dava o dinheiro, mas nós adiantávamos sempre.”</p>
<b>Envolvimento</b>	Envolvimento da mãe	<p>“Sempre fiz questão de me envolver em tudo o que diz respeito ao meu filho.”</p> <p>“Eu acho fundamental o envolvimento entre os pais e os profissionais.”</p>	<p>“É quase sempre o pai que a vai levar de manhã, mas quando sou eu que vou 1 ou 2 vezes por semana, eu falo com a ed. da sala e com a educadora do apoio, com toda a gente.”</p> <p>“Porque vai o pai sempre esquece</p>	<p>“Sim.”</p> <p>“Sim sempre disse o que tinha a dizer, dizia o que estava bem ou o que estava errado.”</p> <p>“Elas mesmo diziam... ó mãe se achar</p>

## Um estudo comparativo

	<p>“Era solicitada para todo o tipo de tarefas, eu sempre quis fazer parte de todas as tarefas.”</p> <p>“Neste momento o que nós pais estamos a trabalhar mais á a linguagem, pois neste momento é o que está mais em défice no nosso filho.”</p> <p>“Umás coisas diziam-me e outras vezes perguntava.”</p> <p>“Nós pais é que temos que nos adaptar à situação dos nossos filhos.”</p>	<p>alguma coisa.”</p> <p>“Quando era a ELI elas iam a casa e eu estava sempre presente e eu falava”.</p> <p>“Orientamo-nos, até agora sim.”</p> <p>“O único pedido que eu fiz foi para passar para este Hospital. Falei com o Diretor, porque efetivamente era incomodativo para nós, muito longe por questões logísticas. E depois é cómodo e melhor.”</p>	<p>que alguma coisa não esteja bem é só dizer.”</p> <p>“Aqui no jardim de infância pediam-me, mas eram mesmo as educadoras da sala que pediam trabalhos para casa.”</p> <p>“Eu perguntava, sim e eles de vez em quando faziam uma reunião connosco para nos contarem.”</p>
Envolvimento dos profissionais	<p>“Os profissionais sempre se mostraram disponíveis para ouvir os meus anseios e partilhar ideias para podermos trabalhar em equipa.”</p> <p>“Sempre fui informada sobre o estado de evolução do meu filho, dizem-se quais são os pontos mais fracos e mais fortes dele. Sempre que vou levá-lo ou buscá-lo e em reuniões.”</p>	<p>“Sim, na ELI era mais fácil porque iam a casa.”</p> <p>“Aqui é uma vez por 6 meses.”</p> <p>“Aqui elas vão dando as dicas.”</p> <p>“Aqui, mais em relação à docente de EE.”</p> <p>“Não somos nós que pedíamos alguma coisa. Nós nunca pedimos nada.”</p> <p>“São sempre elas, até a estabilidade e tudo.”</p> <p>“Foram sempre elas que sugeriram.”</p>	
Envolvimento dos serviços	<p>“Foi o próprio agrupamento que me sugeriu.”</p>	<p>“Até agora nunca procuramos nada, porque veio tudo da escola.”</p>	

## Um estudo comparativo

<b>Adaptação da criança</b>	Fácil	“Não foi difícil, de início custou-lhe pois eram pessoas, neste caso educadores novos para ele, mas depois foi-se acostumando.”	<p>“Ela estava em casa, mas ela gostou.”</p> <p>“Há crianças que choram para ir para a escola e esta chora para vir para casa.”</p> <p>“Chega à escola, é tipo nós não existimos, nem beijinho nem nada, pronto.”</p> <p>“Não houve problema nenhum, nem para elas as duas nem para os 3 (tem um menino mais novo). Os 3 estão em turmas diferentes. Os 3 estão separados e estão espetaculares separados.”</p>	“A transição em si correu tudo bem, mas depois acho que lá as coisas não correram bem.”
	Difícil			“Acho que elas não estavam adaptadas para este tipo de meninos. Mesmo a educadora que também é a coordenadora, ela mesmo diz que não tem formação nesta área e que se sentem perdidas.”
<b>Satisfação da família</b>	<b>Apoio da ELI</b>			
	Satisfeita	<p>“Sim, mesmo que não me apoiassem iria chateá-las sempre.”</p> <p>“O meu filho tem estado sempre muito bem apoiado.”</p>	“Era bastante, era bom.”	
	Insatisfeita	“Os profissionais deveriam ter mais disponibilidade de tempo, de modo a que todas as crianças pudessem ter mais quantidade de intervenção.”		<p>“Como foi o caso daquela sua colega, que eu não gostei e eu tive de dizer.”</p> <p>“E também lho disse a ela, são coisas</p>

Um estudo comparativo

		<p>“Para isso acontecer teriam de colocar mais educadores e outros profissionais.”</p> <p>“Em relação aos apoios deveriam ter mais do que um profissional pois os pais precisam de vencer os medos e a fase do luto.”</p>		<p>que eu era incapaz de fazer, ela disse-me por exemplo, ela tinha também um menino aqui em cima na A., e ela chegou ao ponto de me dizer que o menino que gostava mais era o da A.”</p> <p>“Deviam ter sido mais ao nível de terapias, acho que ele não tem, ele e os outros não devem ter, que é mesmo assim ... o último ano foi-me sugerido aqui que o T. ficasse na intervenção mas sem apoios, como é que se diz? Em vigilância e eu disse mas vigilância é o quê? É só estar lá o nome no papel e ela disse – ahhhh é... e eu disse isso a mim não me interessa, eu não me interessa ter o meu filho lá no papel, eu quero é que o meu filho tenha apoios e bati o pé e consegui que o T. tivesse apoios porque ele iria ficar só com vigilância e eu disse não. Isso para mim não me interessa. Que metam pessoas, porque é que não metem? Pois mas não pode, cada vez há mais casos e não pode.”</p>
<b>Apoio do MEC</b>				
Satisfeita		<p>“Tive uma reunião com a direção e decidimos prepará-lo para o 1º ano integrando ainda o jardim de infância numa sala de ensino estruturado”</p> <p>“Assim foi mais fácil a transição da pré para o 1º ciclo.”</p>	<p>“Estamos muito satisfeitos.”</p> <p>“Já que não temos a ELI em casa, temos outra muito boa.”</p> <p>“Sim.”</p> <p>“Não, já estava tudo organizado.”</p>	

## Um estudo comparativo

		<p>“O meu filho tem estado sempre muito bem apoiado.”</p>	<p>“Foi bastante bom.”</p> <p>“O que é que ela precisa, se for aquela atividade que for fisioterapia, eles chamavam fisioterapia, se há necessidade de fazer, sim gostaria de juntar mais, mas só se houver necessidade.”</p>	
	Insatisfeita	<p>“Penso que são muito poucos, o ministério da educação não tem recursos suficientes para disponibilizar mais meios, pelo menos é o que me tem dito.”</p> <p>“Estes meninos deviam ter terapias intensivas, dependendo da área mais fraca de cada criança, claro.”</p> <p>“Precisaria de muito mais quantidade de apoios.”</p> <p>“Os terapeutas só vão uma vez à escola dar as respetivas terapias e isso é mesmo muito pouco.”</p>	<p>“Os da A. vão lá dar-lhe terapias 2x por semana. Sobre isto eu não conheço muito o trabalho destas terapias, mas eu não sei muito bem o que elas fazem, porque eu não acompanho e como eles é que tem reunião” “Houve logo um email, elas vieram logo que nos mudamos, logo, logo.”</p> <p>“Uma semana depois já estavam na nossa casa, foram ter connosco. Nós mudamos um mês antes das férias do Natal e então nós combinamos que em janeiro ia para a escola e a partir de janeiro começavam os apoios.”</p> <p>“E depois um dos apoios que ela tinha era terapia ocupacional e o pai não estava muito satisfeito porque tinha apoio muito reduzido, quando chegava ela já estava à porta porque o apoio era na instituição. Depois houve umas faltas da técnica e o pai achou que era um gasto de tempo desnecessário, para além de estar</p>	<p>“Sim, isso sim. Mas o que elas me diziam sempre, mais ela ... era tudo para o negativo e eu achei que isso e vi logo que a coisa não estava a correr bem e sentia-me um bocadinho revoltada porque era tudo não, não, não. Mesmo que ele fizesse uma coisa boa, não eram capazes de me dizer.”</p> <p>“Ahhhh falei, não tenho problemas nenhuns em dizer.”</p> <p>“Ahhhh sim, isto teria de dar uma volta muito grande. A nível de pais, acho que, é como já lhe disse. Aqui não há nada para os pais falarem, tudo o que você tenha que ir tem de pagar, seja o que for. Por isso é que eu digo que isto é um negócio autentico. Eu falo ao nível de autismo, mas também nas outras áreas, é tudo igual. E acho que, Deus me perdoe que posso estar errada ... às vezes acho que não há curas e não há coisas porque não interessa.”</p>

## Um estudo comparativo

			<p>naquela instituição onde tem muitos deficientes e pronto. Ele não queria que a criança visse isso. Mas para além disto, muitas faltas da técnica e o pai achou desnecessário. Foi por iniciativa nossa que aquilo acabou na A.”</p> <p>“A única coisa de que não gostamos foi daquilo da terapeuta daqui, da A. Não gostamos, as faltas e depois falamos. O pai diz que mal chegava lá a menina já estava à porta pronta para ir embora. Acho que é pouca educação. Isto é da pessoa, não é do serviço e da instituição.”</p> <p>”Era pouco tempo, meia hora. Imagina levar a criança para M., para meia hora. Fazer o caminho e depois chegar lá e ter menos de meia hora uma vez por semana, acho que não valia.”</p>	<p>“Sim, sim acho que os miúdos não tem os apoios que deveriam ter, para o problema que tem deviam ter mais e quanto mais cedo melhor.”</p> <p>“Ahhhh se calhar havia em particular, mas em particular eu não tenho dinheiro. Infelizmente se não for em particular ...”</p> <p>“Pois, mas há as terapias e há essas coisa mas é tudo particular, tem de se pagar tudo do nosso bolso e não são baratas que é mesmo assim e acho que a nível disso o ministério da educação devia participar mais. Sabem que são terapias que fazem bem e dão resultado e não. A dos cavalos por exemplo.”</p> <p>“Acho que podiam ser mais e melhores.”</p>
<b>Articulação entre serviços</b>	Sim	<p>“Acho que é fundamental o envolvimento entre os pais e os profissionais.”</p> <p>“Sim, quando o meu filho foi para o JI a docente de EE, falava com a TF que sempre o acompanhou e depois ia à escola uma vez por semana continuar o apoio.”</p>	<p>“Foram elas que encaminharam de uma para outra, enviaram um e-mail da ELI de O. para a escola e para M. Para a A., ou seja ELI de M.”</p>	<p>“Sei que no início, ela disse-me que sim que deram informação e a terapeuta M. até foi lá falar com elas e ela disse que nunca imaginou que a terapeuta M. desse tanta informação ... que uma terapeuta desse tanta informação.”</p>
	Não			

## Um estudo comparativo

<b>Apoio à família</b>	Por parte da ELI	“Estou sempre em contato com os terapeutas e todos me vão dando estratégias para o meu filho melhorar em todos os sentidos.”	“Era bastante, era bom.”	“Apoiada ... eu penso que a nível dos pais nunca há essa ligação, é mais com eles, com os filhos, mas desde o momento em que os tratem bem, o resto a gente vai andando bem.”
	Por parte do MEC	“Do MEC tenho a docente de EE, que ouve os meus anseios e tenta acalmar-me sempre que é necessário.”	“ A educadora H. dá-nos muito apoio.”	“Apoiada ... eu penso que a nível dos pais nunca há essa ligação, é mais com eles, com os filhos, mas desde o momento em que os tratem bem, o resto a gente vai andando bem.”
	Psicológico	“Da ELI cheguei a pedir apoio, mas nunca cheguei a ter porque o psicólogo tinha uma agenda muito cheia.”		
	Emocional		“Não, para já e neste estado ainda não.”	
	Formação aos pais	“Fiz um curso com o <i>método Son-Rise</i> que permite trabalhar todas as áreas, embora com dificuldade.”  “Fui eu que procurei e paguei toda a formação.”	“Não, nunca fiz uma coisa dessas. Tenho tão pouco tempo, estou tão ocupada.”	“Talvez, mas também nunca procurei.”
	Intercâmbio entre famílias	“Não.”	“Temos uma vizinha que a filha dela tem autismo, tem atraso violento tem outras patologias. Este é que estamos a contatar, um pouco fora da escola estamos muito próximo da nossa casa. Eles vão à nossa casa. Há um grupo de Coimbra que deram o contato, porque são amigos, são meus colegas, são amigos de uma colega lá dentro, mas nunca falei com eles.”	“Não.”

Na E1, a mãe refere que, por parte da saúde, o filho teve consulta de pediatria, psicologia, desenvolvimento e acompanhamento na U., que procedeu ao encaminhamento para o centro de saúde e para a ELI. O apoio por parte da ELI foi prestado em contexto de domicílio e o profissional de apoio ajudou no ingresso no JI da rede pública e a encontrar uma unidade de ensino estruturado. Por parte do MEC, o filho tem tido bastantes apoios especializados e docente no apoio por parte da sala de ensino estruturado que frequenta no período da manhã, apesar de estar ainda no JI. Foi possível ter ainda outro tipo de apoios especializados, mas pagos na totalidade pela família.

Nos dois contextos em que o seu filho foi apoiado, no que diz respeito ao envolvimento por parte da mãe, esta sempre fez questão de se envolver em tudo o que diz respeito ao filho e realizar as tarefas que lhe são solicitadas, escutando o que lhe dizem e questionando sempre que acha pertinente, considerando que ela é que tem de se adaptar à situação do seu filho. No envolvimento por parte dos profissionais quer da ELI quer do MEC, a mãe considera que estes sempre se mostraram disponíveis para a ouvir e partilhar ideias trabalhando em equipa e sempre foi informada das evoluções do seu filho e quais os seus pontos fracos e fortes, sempre que ia à escola e em reuniões.

No que diz respeito à adaptação da criança, a mãe considerou que não foi difícil, apesar de, no início, ter custado um pouco porque os educadores eram novos, mas depois o filho foi-se acostumando. Quanto à satisfação por parte da família, enquanto foi apoiada pela ELI, sentiu-se satisfeita com o apoio a si própria e ao filho, no entanto refere que também se sentiu insatisfeita porque considera que os profissionais deveriam ter mais disponibilidade de tempo de forma a que as crianças tivessem mais quantidade de intervenção. E em relação aos apoios considera que estes deveriam ter mais que um profissional para ajudar os pais a vencerem os seus medos e ultrapassar a sua fase de luto.

Sentiu-se satisfeita com o apoio pelo MEC referindo que o seu filho esteve sempre bem apoiado e que a direção da escola a ajudou no ingresso de um JI onde existia uma sala de ensino estruturado de forma facilitar a transição do pré escolar para o 1º ciclo. No entanto, demonstra a sua insatisfação no que diz respeito à quantidade de apoios que considera serem muito poucos e que deveriam ser de terapias intensivas incidindo na área mais fraca da criança. No que diz respeito à articulação entre serviços, refere que ela existe e que é fundamental o envolvimento

entre os pais e os profissionais e a articulação entre os vários profissionais que apoiam a criança.

No apoio à família, a mãe refere que, por parte da ELI, sempre esteve em contato com os terapeutas e que estes lhe deram estratégias para trabalhar com o filho, tendo chegado a solicitar apoios psicológico à equipa, não tendo este sido possível por falta de disponibilidade da psicóloga. Por parte do MEC refere que a docente de EE que apoia o filho ouve os seus anseios e tenta acalmá-la sempre que é necessário. Fez um curso através de um método que lhe permitia trabalhar com o filho em todas as áreas do desenvolvimento, porque achou que seria uma mais valia e pagou-o na totalidade. Teve ainda oportunidade de contactar com pais de outras crianças com problemas da unidade de ensino estruturado que o filho frequenta.

Na E2, a mãe refere que por, parte da saúde, a filha teve consulta de desenvolvimento e que foi esta equipa que fez o encaminhamento para a ELI. O apoio por parte da ELI começou por ser prestado em domicílio, numa primeira equipa. Depois foi prestado pelos profissionais não docentes (de outra ELI) em JI da rede pública. Atualmente tem apoio de docente de EE do MEC e mantém apoio de profissionais especializados (da ELI da zona). Não teve outro tipo de apoios para além dos da ELI e do MEC, uma vez que a família não considerou o pagamento dos mesmos. No entanto, a família tem procurado escolas especializadas na problemática da filha.

Relativamente ao envolvimento por parte da mãe, esta sempre que leva a sua filha à escola procura falar com todos os intervenientes no processo de desenvolvimento da filha (educadora da sala, do apoio e todas os outros), no entanto a maior parte das vezes é o pai que a leva à escola e não questiona ninguém. No envolvimento por parte dos profissionais, a mãe refere que quando a ELI ia a casa era mais fácil, agora no MEC as reuniões são de 6 em 6 meses. No entanto, diz que lhe vão dando dicas e sugestões e que nunca foi necessário pedir nada. No envolvimento dos serviços estes vão dando apoio, nunca tendo sido necessário procurar nada.

No que diz respeito à adaptação da criança, a mãe considerou que foi fácil, apesar da filha estar em casa, gostou de ir para o JI. Quando chega à escola de manhã nem se lembra de dar beijinhos para se despedir e até chora para voltar para casa ao fim do dia. Apesar de ser gémea com outra menina e ter outro irmão em idade de JI, não houve qualquer problema em terem ficado separados em três salas diferentes, por opção do agrupamento (em casa estavam os três juntos). Quanto à satisfação por parte

da família, enquanto foi apoiada pela ELI, sentiu-se satisfeita referindo que o apoio era bastante e bom.

Quanto ao tipo de apoio pelo MEC, por um lado sentiu-se muito satisfeita, embora não tendo o apoio da ELI em casa considera que tem outro apoio, também muito bom. Pensa que, acrescentar mais uma terapia ao apoio só se esta for mesmo necessária. No entanto, demonstra a sua insatisfação na forma como as terapias tem sido realizadas por parte dos profissionais da ELI (que asseguram as terapias no JI atualmente), refere que tem sido reduzidas e pouco satisfatórias. No que diz respeito à articulação entre serviços, considera que houve troca de informação entre a primeira ELI e a segunda e o agrupamento de escolas que recebeu a filha.

Quanto ao apoio à família, a mãe refere que por parte da educadora do MEC recebe muito apoio. Para já, nunca solicitou qualquer tipo de apoio a nível emocional. Nunca fez nenhuma formação de pais porque tem pouco tempo disponível. Quanto ao intercâmbio entre famílias apenas tem contato com uns vizinhos que tem uma filha com autismo e que frequentam a sua casa. Uns amigos disponibilizaram-lhe o contato de um grupo de pais de Coimbra, mas nunca os contactou.

Na E3, a mãe refere que, por parte da saúde, o filho, teve consulta de desenvolvimento que fez o encaminhamento para a ELI e que a mesma médica sugeriu a sua entrada numa unidade de ensino estruturado. O apoio da ELI começou por ser em creche e agora mantém-se no JI da rede pública. Por parte do MEC tem apoio de docente de EE. Tem outro tipo de apoios pagos pela segurança social e também oferecidos pela câmara municipal, nomeadamente aulas na piscina.

No que diz respeito ao envolvimento por parte da mãe, esta considera que sempre se envolveu dizendo o que estava bem ou o que estava errado e fazendo muitas perguntas. Sempre que lhe era solicitado algum trabalho para casa, nomeadamente por parte da educadora da sala, colaborava. A mãe não faz qualquer consideração sobre o envolvimento dos profissionais e dos serviços. Quanto à adaptação do filho, a mãe considerou que foi difícil pois a escola e os adultos não estavam adaptados a crianças como o filho, chegando a dizer que não tinham formação nesta área.

Relativamente à satisfação por parte da família, enquanto foi apoiada pela ELI, sentiu-se insatisfeita uma vez que teve alguns problemas com uma das profissionais que apoiou o filho. Refere igualmente que deveria ter tido mais apoios ao nível das terapias, tendo chegado a ser sugerido que o seu filho ficasse com intervenção mas

sem apoios, ou seja em vigilância, situação de que a mãe discordou e conseguiu que ele mantivesse a intervenção direta.

Quanto ao tipo apoio pelo MEC, no início sentiu-se insatisfeita uma vez que todas as informações que lhe eram passadas referiam sempre tudo negativo. Pensa que os apoios deveriam ser mais e a começar mais cedo e serem melhores. Acha que o MEC deveria comparticipar mais no pagamento de terapias. No que diz respeito à articulação entre serviços, refere que houve bastante troca de informação entre a terapeuta da segurança social e os profissionais que receberam o filho no agrupamento do MEC.

No que se refere ao apoio à família, a mãe diz que por parte da ELI e do MEC se sentiu e sente apoiada, mas que o apoio é sempre mais ao nível dos filhos. E que desde que estes estejam bem, também os pais estão. Nunca frequentou qualquer formação para pais nem realizou qualquer intercâmbio entre famílias de crianças com problemas.

## CAPÍTULO V – ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos a análise e discussão dos resultados obtidos com base nos objetivos que orientaram a nossa investigação, confrontando-os com as questões de investigação que nos propusemos e comparando-os com os resultados que os diversos investigadores obtiveram, quando realizaram trabalhos semelhantes ao nosso.

Iniciaremos esta análise tendo como base os resultados obtidos através da EIFF, adaptada por Pimentel (2003a) da *Family Focused Intervention Scale* de Mahoney, O'Sullivan e Dennenbaum (1990) nas suas quatro versões, duas para as pais/famílias e duas para os técnicos/profissionais. Será realizada de acordo com as nossas questões de investigação, em que pretendíamos comparar as perceções das famílias e dos profissionais sobre as práticas nos diferentes contextos de atendimento e a importância que ambos atribuem aos serviços recebidos/prestados nos vários contextos.

Analisaremos, igualmente, os resultados obtidos através das observações em contexto de creche e JI e em contexto de domicílio, com base na ICP de Soukakou (2007), traduzida e adaptada provisoriamente por Corval et al, (2012), e faremos a discussão de resultados, de acordo com as nossas questões de investigação, em que nos propúnhamos analisar as práticas de IPI nos diferentes contextos de prestação de serviços – ELI (domicílio, creche e JI) e EE do MEC (JI) e avaliar em qual dos contextos, estas práticas se adequam ao modelo de intervenção centrado na família.

De forma a completar os nossos resultados, contamos com os dados referentes às entrevistas às três mães que nos forneceram informação quanto à comparação sobre as suas perceções, enquanto apoiadas pela ELI e pela EE do MEC. Esta análise não se prende com nenhum objetivo por nós traçado, uma vez que, como já referimos anteriormente, no decorrer do nosso estudo, três crianças apoiados pela ELI – dois em domicílio e um em creche, vêm mais tarde, a ser apoiadas em contexto de JI por docente EE do MEC. O guião da entrevista por nós elaborado permitiu-nos a comparação das respostas das três mães às mesmas questões.

Pretendíamos iniciar o nosso estudo com uma questão de investigação onde pudéssemos comparar os resultados obtidos por Pimentel (2003b, 2005) e por nós, no estudo atual, uma vez que utilizamos a mesma escala de intervenção focada na família para a nossa recolha de dados, quer no que diz respeito à quantidade, quer no que

respeita à importância atribuída aos serviços recebidos/prestados percebidos por famílias e profissionais.

Ao iniciarmos a análise e discussão de resultados das nossas questões de investigação, não podemos deixar de referir que, na análise da comparação das percepções das famílias e dos profissionais quanto à quantidade e importância de serviços que recebem/prestam, em funções fator 1 – serviços focados na criança (SFC), nenhum dos itens da escala representa uma prestação direta de serviços à criança. Representam serviços à família que tem como enfoque especial a situação da criança em risco de desenvolvimento ou com deficiência. Quanto ao fator 2 – serviços focados na família (SFF), estes encontram-se mais distanciados da problemática específica da criança e mais direcionados para a família. A análise por nós realizada, no que diz respeito à EIFF é uma análise quantitativa. Comparámos ainda as percepções da prestação de serviços em função dos contextos de atendimento.

Assim, na primeira questão de investigação pretendíamos perceber se existem diferenças nas percepções das famílias e dos profissionais sobre os serviços recebidos/prestados e a importância que lhe atribuem, entre os valores médios do fator 1 e 2 da EIFF, obtidos por Pimentel (2003b, 2005) e os que obtivemos no âmbito do presente estudo. Os dois estudos foram realizados no distrito de Lisboa, com o intervalo de 15 anos e esta análise permitir-nos-ia perceber se, neste intervalo de tempo, as percepções das famílias e profissionais se modificaram.

Uma vez que as ELI são constituídas por profissionais de diferentes especialidades, optámos por comparar os nossos resultados com os das equipas pluridisciplinares estudadas por Pimentel (2003b, 2005). Fomos comparar os resultados obtidos através das médias da quantidade de serviços recebidos/prestados pelas famílias e pelos profissionais das equipas multidisciplinares no caso do estudo de Pimentel (2003b, p. 290; 2005, p. 278) e as equipas pluridisciplinares do nosso estudo no que diz respeito ao fator 1 – SFC e ao fator 2 – SFF. Nos SFC verificamos que, na percepção das famílias e dos profissionais, Pimentel (2003b, 2005) obteve uma média 3.70 e 4.25, enquanto que nós obtivemos uma média de 4.43 e 4.83. Nos SFF, no que diz respeito às percepções das famílias e dos profissionais, verificamos que Pimentel (2003b, 2005) obteve uma média de 2.98 e 3.64, enquanto que as médias dos nossos resultados foram 3.38 e 3.95.

Também comparamos as médias da importância atribuída aos serviços recebidos/prestados pelas famílias e profissionais das equipas multidisciplinares no caso

do estudo de Pimentel (2003b, 2005) e as equipas pluridisciplinares do nosso estudo no que diz respeito ao fator 1 – SFC e ao fator 2 – SFF. Nos SFC verificamos que na perceção dos pais/famílias Pimentel (2003b) obteve uma média 5.01 e nós uma média de 5.20, enquanto que na perceção dos profissionais os resultados de Pimentel (2003b, 2005) apresentam uma média de 5.32 e os nossos resultados uma média de 5.35. Nos SFF verificamos que, na perceção das famílias, Pimentel (2003b, 2005) obteve uma média de 4.45 e nós uma média de 3.53, enquanto que na perceção dos profissionais os resultados de Pimentel (2003b, 2005) apresentam uma média de 4.96 e os nossos resultados uma média de 4.96.

Como podemos observar, as médias obtidas por Pimentel (2003b, 2005) e por nós são praticamente sobreponíveis e, no que diz respeito à média obtida na perceção dos profissionais, as médias são iguais nos dois estudos, apesar de, no decorrer deste tempo, ter mudado a legislação e sido alterado o paradigma da IPI. As análises efetuadas quer no estudo de Pimentel (2003b, 2005) quer no nosso, quando comparamos as perceções das famílias e dos profissionais relativamente aos serviços recebidos/prestados mostram que há diferenças significativas entre os resultados do 1º fator e os do 2º fator, respetivamente os SFC e os SFF. Famílias e profissionais referem que recebem/prestam mais serviços do 1º fator e é a esses serviços que atribuem maior importância.

Passados 15 anos do primeiro estudo (Pimentel, 2003b, 2005) os nossos resultados são, assim, muito semelhantes aos obtidos, não se evidenciando práticas centradas na família, nem a participação da mesma no processo de intervenção.

Parece-nos também importante mencionar algumas investigações recentes, realizadas apenas com profissionais, comparando as perceções de práticas reais (semelhantes às perceções sobre serviços prestados) e práticas ideais (semelhante às perceções sobre a importância atribuída aos serviços). De acordo com os resultados obtidos por Santos (2016) ainda existe alguma distância entre as perceções das práticas reais e as ideais, sendo que os profissionais de IPI que participaram no estudo tendem a considerar as práticas ideais como superiores às reais, ou seja, mais próximas das práticas recomendadas internacionalmente.

Também Velez (2016), no seu estudo sobre as práticas típicas e as práticas ideais, comprova que continua a existir um hiato entre as práticas recomendadas baseadas numa intervenção centrada na família e as práticas típicas dos profissionais. O seu estudo foi desenvolvido de forma a avaliar as perceções dos profissionais da ELI

das suas práticas tanto nos contextos em que as crianças estão integradas, como nas visitas domiciliárias e os resultados que obteve indicam que os profissionais conhecem bem as recomendações em IPI, mas apresentam uma certa dificuldade em pô-las em prática.

Os resultados destes dois trabalhos são semelhantes aos que obtivemos no nosso estudo quando comparamos perceções dos profissionais sobre os serviços prestados e importância atribuída.

Gonçalves (2018) estudou as práticas típicas e ideais do ponto de vista dos profissionais das ELI e constatou que o estudo revela valores médios superiores às práticas típicas em todas as ELI do distrito do Porto, aproximando-se das práticas recomendadas. Os resultados descritos permitiram ainda verificar que a perceção dos profissionais face à sua prática típica, vai ao encontro das práticas de qualidade.

Analisando as práticas de IPI centradas na família, não podemos esquecer do estudos de Almeida (2009) há cerca de 10 anos, onde foram analisadas as ideias de especialistas e profissionais de IPI de todo o país, sobre a IPI no geral e a intervenção centrada na família. Como questiona Almeida (2009, p. 360), “Será que na sua intervenção os técnicos ouviram de facto a família, deram-lhe tempo e criaram um espaço de reflexão conjunta em que ela possa expor as suas preocupações e prioridades?”. A IPI não passa de um conjunto de princípios teóricos se não corresponder a uma verdadeira competência dos profissionais que a aplicam e a uma real mudança de atitude no que diz respeito à forma de encarar o seu papel e o da família. Nas suas conclusões, a mesma autora realça que os especialistas valorizam muito o perfil do profissional e a sua capacidade de desenvolver um trabalho centrado na família, mas poucos foram os profissionais a focar a necessidade de uma mudança de atitudes e do seu papel neste processo, parecendo apontar para uma desresponsabilização pela sua parte, valorizando as dificuldades colocadas em aspetos como a pouca adesão das famílias, a falta de recursos ou a dificuldade em estabelecer redes (Almeida, 2009).

Apesar das perceções mais elevadas encontradas por Gonçalves (2018), no distrito do Porto, os resultados de Santos (2016), a nível nacional, sugerem que as práticas recomendadas nem sempre têm sido facilmente mobilizadas nos processos de intervenção.

Na segunda questão perguntávamos de que forma os apoios de IPI no distrito de Lisboa, às crianças dos 0 aos 6 anos e respetivas famílias, se enquadram numa

perspetiva de intervenção centrada na família e nos contextos naturais. Para responder a esta questão realizamos observações e analisámo-las, qualitativamente, em função dos itens da ICP. Os resultados serão analisados separadamente, no que diz respeito o contexto de domicílio uma vez que os itens da ICP não se adequavam na totalidade a este tipo de contexto.

Como atrás referimos, no que respeita aos 30 casos da amostra em contexto de creche e JI, foi possível realizar 60 observações. Destas, 39 observações foram realizadas em contexto de sala e 21 fora do contexto. Como referido no quadro 18 do anterior capítulo, há um número significativo de observações em que houve apoio com o objetivo de promover interações com os pares e apenas em dois casos, o profissional de apoio não aceitou a intervenção dos pares. Observamos também o apoio da educadora para com a criança e o profissional de apoio, durante a intervenção, uma vez que em muitas situações a criança estava a fazer uma atividade diferente da do grupo onde se encontrava inserida (em 20 casos a atividade era diferente). Observamos ainda um caso em que o apoio era no computador sem a presença de outras crianças (apesar de ser intervenção dentro da sala com os colegas), outro caso numa mesa à parte também dentro da sala, a realizar outra atividade diferente dos colegas. Observamos também cinco casos, com atrasos de desenvolvimento mais graves em que a criança, embora envolvida na atividade de grupo, não participou, e outros três casos em que a criança não demonstrou qualquer intencionalidade de interação com o grupo

Estes dados permitem-nos concluir que, mesmo quando o apoio é prestado dentro da sala, nem as atividades que aí decorrem nem as rotinas da sala/colegas são aproveitadas pelos profissionais de apoio, não podendo por isso falar-se em intervenção baseada nas rotinas e contextos naturais de aprendizagem.

Gronita (2014), no seu segundo estudo, concluiu que as práticas que observou estão implementadas de acordo com as recomendações internacionais. No entanto, não podemos esquecer que o seu estudo foi realizado num programa de IPI específico implementado no âmbito de uma entidade privada. No entanto, os nossos resultados não estão de acordo com as conclusões do autor.

A teoria diz-nos que a intervenção deve ser prestada nos contextos naturais da criança, onde os vários profissionais e serviços devem atuar em consonância e parceria, entre si e com a família (Dunst & Trivette, 2009). Para Hoffman (2016) o ambiente natural é o mais adequado ao desenvolvimento da criança, destacando a importância dos resultados verificados nas práticas centradas na família, quando estas acontecem no

contexto natural da criança (Pereira & Serrano, 2014). Foram muito poucos os casos, em que pudemos observar práticas que vão ao encontro destas recomendações internacionais.

Quanto ao contexto de domicílio, os resultados baseiam-se nas observações a seis casos. Podemos constatar que, em três casos, o apoio foi prestado sem a presença da família uma vez que esta se encontrava em outro local da casa e a desenvolver outras atividades. Nos outros três casos, o profissional de apoio, durante a intervenção, passa constantemente informações às mães, mas só num caso em que a avó está presente, o profissional a envolve na intervenção. Assim, excluindo os três casos anteriormente referidos, não foram observadas práticas centradas na família.

Ainda em contexto de domicílio, no que diz respeito às práticas baseadas nas rotinas, as observações permitem-nos concluir que a intervenção foi centrada na criança e não foram aproveitados os benefícios de estar em contexto natural utilizando as suas rotinas. Apesar da criança ser estimulada e incentivada (quatro casos), o profissional de apoio se basear intencionalmente nos seus interesses (três casos), a transição das atividades serem bem organizadas (cinco casos) e sempre verbalizadas (quatro casos), a intervenção baseou-se em jogos de encaixe e outras atividades lúdicas escolhidas pela criança ou pelo profissional de apoio.

Estes resultados são opostos aos que Boavida, Aguiar e McWilliam (2018) defendem sobre as aprendizagens e o desenvolvimento das crianças que acontece, maioritariamente, quando participam nas atividades e nas rotinas do seu dia a dia, com adultos significativos e com os pares e não em sessões compactadas e descontextualizadas. Estes momentos de intervenção em domicílio, onde um elemento da família estava presente, poderia e deveria ter sido aproveitado para obter resultados diferentes dos que observamos.

O conceito de IPI centrado na família é frequentemente interpretado com significados diferentes para as famílias e profissionais (Hoffman, 2016). Normalmente a família pode pensar que a IPI é sobre a prestação de serviços diretos à criança em vez de suporte para a família. Mas o seu principal objetivo é apoiar as famílias no reforço do desenvolvimento da criança (Rantala, Uotinen & McWilliam, 2009). Tal como já acontecera no estudo de Pimentel (2003b, 2005), também os nossos resultados mostram diferenças nas perceções de famílias e profissionais.

Práticas centradas na família implicam que os profissionais de IPI trabalhem com as famílias das crianças de forma a ajudar a constituir uma capacidade familiar

melhorando a aprendizagem da criança e o seu desenvolvimento (Brien & Page, 2017). É por isso que, de acordo com Carvalho et al, (2016), os primeiros contatos com a família são de extrema importância, sendo uma das funções do profissional prestar as devidas informações à família sobre o funcionamento dos serviços.

Como já referimos anteriormente, Carvalho et al, (2016) nomeiam as três componentes de ajuda eficaz de Dunst (1998) por parte dos profissionais às famílias, ou seja, a prestação de ajuda que potencia as competências e tem repercussões na família em termos de *empowerment*. Para isso, os profissionais devem trabalhar com a família promovendo as práticas relacionais e participativas, o que também não foi por nós observado.

Para a intervenção centrada na família seja uma realidade, ainda há um longo caminho a percorrer. Os profissionais deverão honrar as escolhas das famílias, envolver outros membros da família, construir pontos fortes com a família, estabelecer parcerias e colaborar com as famílias de forma individualizada e flexível. Será necessário referir outros tipos específicos de apoio familiar e de serviços de cuidados temporários, fornecimento de informação (recursos da comunidade, benefícios e direitos legais e informação sobre a deficiência), assim como aconselhamento sobre grupos de apoio (Turnbull et al, 2007).

Na nossa terceira questão de investigação questionávamos quais as diferenças observadas entre a prestação de serviços em função do contexto de atendimento. Quando analisámos separadamente os dados relativos à quantidade dos SFC e dos SFF, na perceção das famílias em função do contexto de atendimento, não encontramos diferenças estatisticamente significativas.

No que diz respeito à quantidade de SFF há diferenças na perceção das famílias e dos profissionais, sendo as médias das perceções dos profissionais mais elevadas do que as das famílias em todos os contextos, pelo que estes consideram prestar mais SFF do que as famílias percecionam. Na atribuição de importância aos SFF, em todos os contextos, os profissionais consideram atribuir maior importância do que as famílias percecionam receber. Quanto à importância dos SFC e SFF por parte dos profissionais, foi possível verificar que estes atribuem mais importância ao apoio que prestam em contexto de domicílio e em JI ELI.

Quando analisamos as perceções das famílias e dos profissionais em conjunto, no que diz respeito aos SFC, existem diferenças, sendo que o contexto de domicílio, é o que apresenta médias mais elevadas. No que diz respeito à importância dos SFC

existem diferenças nas perceções entre os casos do domicílio e os do JI MEC, mas na importância dos SFF não se verificam quaisquer diferenças.

No que diz respeito às perceções globais das famílias, relativamente à quantidade dos SFC e dos SFF, em função do contexto de atendimento, não há quaisquer diferenças estatisticamente significativas. Para as famílias, os profissionais prestam sempre os mesmos serviços. Quanto às perceções globais dos profissionais, relativamente à quantidade dos SFC em função do contexto de atendimento, há diferenças estatisticamente significativas.

Não temos conhecimento de ter havido algum estudo sobre as perceções das famílias e profissionais, separando os contextos de atendimento.

No entanto, vários autores referem a importância dos apoios em IPI acontecerem no contexto natural da criança, seja no domicílio ou em contexto de creche e JI, considerado igualmente, como local para dar e receber cuidados, como fonte de aprendizagem, oportunidades e desenvolvimento da criança e família, quando se refere a família como parte fundamental de uma rede de apoio de um sistema baseado na comunidade (Singer, Biegel & Ethridge, 2010, citados por Pereira & Serrano, 2014). Para Hoffman (2016) a intervenção deverá decorrer no ambiente natural da criança e da família, sendo a principal preocupação, quando tal não acontece, que a criança seja capaz de a generalizar para os seus próprios contextos funcionais.

Foi possível completar a análise sobre a nossa terceira questão de investigação através dos dados que obtivemos com entrevistas às três mães como já referimos anteriormente, o objetivo destas entrevistas era analisar a perceção que as mesmas tinham dos apoios prestados pela ELI e pelo MEC enquanto os seus filhos foram apoiados pelas referidas entidades. Verificou-se que as mães identificaram os pontos positivos e negativos nos dois tipos de apoio.

A criança da E1 teve outros apoios pagos pela família e a criança da E3, teve apoio de terapia da fala que foram pagos pela segurança social e também aulas na piscina oferecidas pela câmara municipal. Quanto à criança da E2, não teve outros apoios porque a família não considerou necessário que houvesse mais intervenções. Note-se que esta família é originária de um outro país (fora da União Europeia) e referiu que teve sempre baixas expectativas quanto ao ingresso a criança na creche/JI pelas informações que detinha do seu país de origem. Nunca imaginou que poderia existir intervenção no domicílio e, após os apoios que recebeu neste contexto, mudou de opinião, o que a fez sentir maior confiança para colocar a criança em JI. Demonstrou,

depois, a sua satisfação quer pelos apoios prestados pela ELI em domicílio, e pelos da EE no JI. Demonstrou ainda, grande satisfação quando a filha com PEA e os seus dois irmãos, que estavam em contexto de domicílio com o pai (durante o dia), ingressaram no JI da rede pública. O JI decidiu que cada irmão iria frequentar uma sala diferente de forma a receber estímulos diferentes, uma vez que sempre tinham estado num contexto mais restrito, durante um longo período de tempo. Isto foi sentido pela mãe com grande satisfação. Este tipo de intervenção parece-nos próxima das práticas recomendadas, já que não se focou apenas na criança com incapacidade mas atendeu à problemática da família como um todo. Esta mãe contrasta com as outras duas que procuram, para os seus filhos, todo o tipo de terapias.

As três mães consideraram envolver-se em tudo o que diz respeito ao seu filho. No envolvimento por parte dos profissionais quer da ELI quer do MEC, na E1 a mãe considera que sempre se mostraram disponíveis para trabalhar em equipa com ela informando-a dos pontos fortes e fracos do filho. Na E2 a mãe refere que quando a ELI prestava apoio em contexto de domicílio era mais fácil o contato, porque agora as reuniões apenas acontecem de 6 em 6 meses. Refere, igualmente, que sempre lhe foram dando dicas e sugestões e que nunca foi necessário pedir nada. Na E3, a mãe recusa fazer considerações sobre o envolvimento dos profissionais e dos serviços.

Conclui-se que só a mãe da E2 é que considerou que o apoio prestado pela ELI e pelo MEC eram suficientes. Tal como Pereira e Serrano (2014) destacam e já referimos anteriormente, seja no domicílio ou em contexto de creche e JI, como foi o caso desta criança, o local de intervenção é para dar e receber cuidados, como fonte de aprendizagem, oportunidades e desenvolvimento da criança e da família.

Quando o tema da entrevista é a satisfação ou insatisfação das famílias com os apoios prestados pela ELI e pelo MEC, duas mães (E1 e E2) referem que, enquanto foram apoiadas pela ELI, sentiram-se satisfeitas com o apoio a si própria e ao filho, referindo no entanto a mãe da E1, que também se sentiu insatisfeita porque considera que os profissionais deveriam ter mais disponibilidade de tempo de forma a que as crianças tivessem mais quantidade de intervenção direta. Quanto à mãe da E3 sentiu-se insatisfeita uma vez que teve alguns problemas com uma das profissionais que apoiou o filho. Shonkoff e Meisels (2000) defendem que numa intervenção centrada na família, com base numa relação de colaboração entre a família e profissionais, deve existir uma preocupação com as forças da família e não com os seus défices, valorizando as escolhas e decisões da família e desenvolver uma intervenção individualizada com a

família. Nesta relação (DEC, 2014) o profissional deve ser parceiro da família estabelecendo uma relação de parceria e confiança, o que, claramente, não aconteceu no apoio à criança e mãe da E3.

No que respeita aos apoios por parte do MEC, duas mães referem que os seus filhos estiveram sempre bem apoiados, no entanto uma delas (E1) demonstra a sua insatisfação no que diz respeito à quantidade de apoios disponibilizados. A outra mãe (E2) refere que o apoio é muito bom por parte do técnico de EE do MEC, mas, quanto à forma como as terapias tem sido organizadas por parte da ELI da zona, refere insatisfação na organização dos apoios. Quanto à mãe da E3, quando o filho era acompanhado pela ELI, refere ter-lhe sido sugerido que o filho ficasse com intervenção mas sem apoios diretos (passasse a vigilância). A mãe discordou de imediato, pois refere que o filho não é para ficar no papel e sem apoios, contestou essa decisão (*Bateu o pé*) e conseguiu que o filho mantivesse apoios diretos.

Esta posição da mãe é oposta ao que defendem Pereira e Serrano (2014) que nos dizem que o apoio que envolve a família é muito mais poderoso do que aquele que é exclusivamente centrado na criança. Para as famílias ainda é difícil de entender que os seus filhos aprendem através das interações repetidas com o ambiente (Boavida, Aguiar & McWilliam, 2018). A mudança de atitude por parte da família tem sido difícil uma vez que estas ainda estão habituadas a ter um papel de submissão e dependência (Bailey, 1994; Turnbull, Turbiville & Turnbull, 2000; Weston, Ivins, Heffron & Sweet, 1997, citados por Almeida, 2009).

Quanto à articulação entre serviços, as três mães consideram-na bastante positiva e com bom envolvimento entre famílias e profissionais. No que diz respeito ao apoio à família por parte da ELI e por parte do MEC (apoio psicológico e emocional, formação aos pais e intercâmbio entre famílias) todas se sentiram e sentem muito apoiadas. Na E1 a mãe considera que as ELI deveriam ter mais profissionais para ajudar os pais a vencerem os seus medos e ultrapassar a sua fase de luto, embora sempre se tenha sentido apoiada. E na E3 a mãe diz que, por parte da ELI e do MEC se sentiu e sente apoiada, mas que o apoio é sempre mais ao nível dos filhos.

Como já referimos anteriormente, Pereira e Serrano (2014) defendem que, numa abordagem centrada na família, o profissional deverá ser capaz de criar com esta um sentimento de pertença e identidade através de uma parceria entre ambos. Para Roberts (2017) o trabalho do profissional com as famílias deve promover práticas relacionais e

participativas, construindo pontos fortes e apoiando a realização dos resultados da aprendizagem.

Apenas uma das mães (E1) fez formação no método *Son-Rise* e, nesse âmbito, contactou com outros pais com filhos com problemas semelhantes.

Podemos concluir que as mães pensam que os apoios deveriam ser mais e a começar mais cedo, quando a criança é mais nova, e serem melhores e num caso (E3) a mãe acha que o MEC deveria participar mais no pagamento de terapias. Referem, sempre, a qualidade e a quantidade dos apoios prestados aos filhos, sendo esta a sua maior preocupação, uma vez que valorizam mais a intervenção/apoios diretos aos seus filhos, do que uma intervenção focada na família.

Como já referimos anteriormente, em 2012, Dunst refere um estudo de Roffwarg, Muzio e Dement (1966) que mostrava que a intervenção ou terapia duas vezes por semana centrada na criança e na ausência do envolvimento dos pais, representava apenas cerca de 2% do total de horas de vigília de uma criança de 1 ano de idade, logo tempo insuficiente para que qualquer tipo de intervenção faça diferença significativa na vida de uma criança.

O que nos faz colocar a seguinte questão: Será que as informações passadas às famílias sobre a IPI relatam um modelo centrado na família, ou ainda referem o modelo centrado na criança? Para que as famílias mantenham o discurso que ouvimos destas mães, provavelmente, ao longo do tempo, toda a informação que vem sendo passada às famílias não estará a ser a que consideramos mais correta.

Na nossa quarta questão de investigação perguntávamos quais as diferenças nas perceções das famílias e profissionais das crianças entre os 0 e os 3 anos de idade, que são atendidas pelos profissionais das ELI em contexto de domicílio e creche. Relativamente à quantidade dos SFC, percecionada por famílias e profissionais em função do contexto de domicílio, não existem diferenças estatisticamente significativas. No que diz respeito à quantidade dos SFF percecionada por famílias e profissionais em função do mesmo contexto, concluímos existirem diferenças estatisticamente significativas entre a perceção das famílias e a dos profissionais, sendo as médias das perceções dos profissionais mais elevadas do que as das famílias. Quando nos debruçamos sobre os resultados da importância dos SFC percecionada por famílias e profissionais em função do contexto de domicílio, não existem diferenças estatisticamente significativas. No que diz respeito à importância dos SFF percecionada por famílias e profissionais em função do mesmo contexto, concluímos existirem

diferenças estatisticamente significativas entre as médias das perceções das famílias e a dos profissionais, sendo a importância atribuída pelos profissionais mais elevada do que a das famílias.

Conclui-se que, em contexto de domicílio, ao compararmos as perceções das famílias e dos profissionais, estes percebem prestar mais SFF do que as famílias percebem receber, tal como sucedeu no estudo de Pimentel (2003b, 2005).

No que diz respeito à quantidade dos SFC, quando comparadas as médias das perceções de famílias e profissionais em função do contexto de creche, verificamos que também não existiram diferenças estatisticamente significativas. No que diz respeito à quantidade dos SFF percebida por famílias e profissionais em função do mesmo contexto, concluímos existirem diferenças estatisticamente significativas entre a perceção das famílias e a dos profissionais, sendo os profissionais a perceberem prestar mais SFF. Quando comparadas as médias das perceções das famílias e profissionais, relativamente à importância dos SFC em função do contexto de creche, não existem diferenças. No que diz respeito à importância dos SFF percebida por famílias e profissionais em função do mesmo contexto, encontramos um valor de que indicia que famílias e profissionais tem perceções com diferenças tendencialmente significativas, sendo, uma vez mais, os profissionais a atribuírem maior importância.

Os nossos resultados são, uma vez mais, semelhantes aos encontrados por Pimentel (2003b, 2005). Conclui-se que, também em contexto de creche, os profissionais percebem prestar mais serviços focados na família do que as famílias percebem receber, tal como sucedeu no estudo de Pimentel (2003b, 2005). Embora esta autora não tenha estudado os diferentes contextos isoladamente, salienta que as famílias referem não terem qualquer informação sobre a intervenção que está a ser implementada.

Tal como fizemos para o contexto de JI, também para o de creche usamos a ICP. Gostaríamos de salientar dois casos observados pelo fato de mostrarem práticas que vão contra o que é internacionalmente recomendado. Num deles (caso 15) os materiais e os jogos em contexto de sala de creche não estavam ao alcance das crianças, estando fechados nos armários ou em cima destes e nas paredes não existem materiais realizados pelas crianças, estando pintadas com desenhos, pelos adultos. No outro (caso 16) não existe separação de espaços, estando todos os materiais misturados, não tendo as crianças acesso autónomo a materiais mais específicos (livros e alguns jogos).

Estas duas situações, já anteriormente referidas por práticas inadequadas no que se refere à interação com os pares e atitude do profissional de apoio, levam-nos a refletir sobre a IPI baseada nos contextos naturais de aprendizagem bem como as práticas de consultoria colaborativa. Nestes dois casos específicos, a disposição dos materiais na sala não é da responsabilidade do profissional de apoio. No entanto, este deveria ter referido, junto da educadora da sala, a importância que o contexto de intervenção e as rotinas podem ter na promoção da aprendizagem. Tal como defendem Pereira e Serrano (2014) o contexto de intervenção (domicílio, creche e JI), deverá ser considerado como fonte de aprendizagem e oportunidades do desenvolvimento da criança e da família.

Na nossa quinta questão de investigação interrogávamos se o apoio prestado e observado pelos profissionais das ELI a crianças entre os 3 e os 6 anos de idade, em instituições particulares e de solidariedade social seria idêntico ao dos profissionais de EE do MEC.

Para responder a essa questão utilizamos a ICP, já que era nossa intenção que as observações em contexto de JI fossem realizadas em contexto de sala inclusiva. No entanto, apenas 25 decorreram em contexto de sala e 19 fora do contexto de sala em local pré determinado pelo profissional de apoio.

Todas as crianças estavam incluídos no ensino regular e frequentavam o mesmo contexto do que as crianças sem incapacidades da sua faixa etária. Apenas um dos casos (caso 23) é observado nas duas situações dentro do contexto de sala, no entanto, a sala é uma unidade de ensino estruturado. A criança, apesar de estar em JI MEC, frequenta no período da manhã a sala de ensino estruturado, fazendo parte de um grupo de oito crianças com o mesmo tipo de incapacidade. Devido à sua problemática muito grave, a escola e a família assim o decidiram. O profissional de apoio é o docente responsável dessa sala e o trabalho que observamos com todas as crianças decorre da metodologia TEACCH que atrás referimos.

No envolvimento dos adultos na interação com os pares, o apoio da educadora da sala aconteceu, com alguma frequência, na interação do profissional de apoio com a criança. Na maioria das observações o profissional de apoio orienta o jogo, mas por vezes a educadora da sala ajuda nas orientações e numa situação a educadora da sala orienta sozinha o jogo. Em muitos casos é visível o profissional incentivar os pares a brincarem com a criança e a criança a brincar com os pares, o que mostra que a

participação da criança com incapacidade no contexto da sala não está ainda totalmente conseguida.

Em 24 observações são os pares que apoiam o profissional com a criança, mostrando conhecerem bem as suas características e estarem habituados à interação dessa criança com eles. No entanto, em dois casos (caso 15 e 16, nas duas observações), o profissional de apoio não aceita a intervenção dos pares, convidando-os a afastarem-se, o que vai totalmente contra os princípios da inclusão.

Em sete casos (catorze observações), não podemos considerar que o profissional de IPI (que deveria ser o consultor) estivesse a contribuir com uma visão da sala de uma perspetiva diferente e com os conhecimentos específicos da sua área de formação. Pelo contrário, era o educador da creche e do JI (que deveria ser o consultado) que estava a orientar sozinho, quer o trabalho da sala, quer o do profissional no seu trabalho com a criança. Nestes sete casos específicos, nunca foi possível observar que o profissional desempenhasse um papel de consultor e parceiro durante as intervenções em que esteve presente, ao contrário do que seria suposto num modelo de consultoria colaborativa (Boavida, Aguiar & McWilliam, 2018). Nesse modelo, o profissional deve contribuir com o conhecimento da criança, dos pares, do funcionamento da sala e das práticas pedagógicas que utiliza, de forma a trabalharem numa perspetiva de resolução de problemas encontrando novas estratégias, através da influência social em que o consultor encoraja o consultado a implementar as estratégias e o apoio profissional por parte do consultor através de *coaching* e formação em técnicas específicas. Da mesma forma, Barros (2009) defende que a eficácia de todo o processo depende da capacidade do consultor em influenciar, encorajar e apoiar o consultado, tratando-o como parte integrante e essencial na relação que se quer de confiança.

Quanto à categoria sentido de pertença ao grupo, em muitas situações observadas a criança faz parte do grupo e está a desenvolver a mesma atividade, sendo que os pares procuram interação constante com ela (ainda que por vezes necessitem de orientação por parte do adulto) e ela reage a essa interação, chegando a procurar os outros para interagir. Mas temos de salientar que apenas em quatro casos a criança tem atribuídas tarefas específicas dentro das rotinas da sala, à semelhança do que acontece com os seus colegas sem incapacidades.

Nos 21 casos em que observamos a intervenção fora do contexto de sala, não foi possível observar uma colaboração estreita e eficaz entre os cuidadores da criança e os profissionais quer da IPI, quer da EE. Nesses casos, e ao contrário do que Boavida,

Aguiar e McWilliam (2018) referem dever acontecer, as atividades implementadas pelo profissional de apoio com a criança não se adequam às rotinas da sala, e não as aproveitam, nem quando o profissional está presente na sala.

Podemos concluir que as práticas de IPI observadas não estão de acordo com as práticas recomendadas. As observações realizadas através dos itens da ICP demonstram que não são visíveis práticas centradas nas rotinas e nos ambientes naturais, já que, mesmo quando as observações foram realizadas em contexto de sala, nem sempre observamos participação da criança nas mesmas atividades desenvolvidas pelos colegas, ao contrário do que defendem Augusto, Aguiar e Carvalho (2013), Caldeira, Seixas e Piscalho (2017), Hoffman (2016) e McWilliam (2010). Como já foi referido anteriormente, o principal objetivo da colaboração entre o educador da sala e o profissional de apoio, deverá ser a adequação das atividades e rotinas da sala às necessidades da criança, de modo a que se possa obter o máximo de proveitos das oportunidades naturais de desenvolvimento e aprendizagem (Boavida, Aguiar & McWilliam, 2018).

Na nossa sexta questão de investigação questionávamos quais as diferenças nas perceções das famílias e profissionais das crianças entre os 3 e os 6 anos de idade, que são atendidas pelos profissionais das ELI no JI e pelos profissionais da EE no JI do MEC.

De acordo com os resultados obtidos, nas perceções das famílias e em qualquer dos contextos de atendimento, os SFF são percecionados como sendo menos recebidos do que os SFC e é também aos SFC que as famílias atribuem maior importância. No entanto, nenhuma destas diferenças é estatisticamente significativa. Quando analisamos as perceções dos profissionais em função dos contextos no que diz respeito aos SFC, encontramos sempre perceções mais elevadas dos profissionais que prestam apoio em contexto de domicílio e JI ELI. O mesmo se passa relativamente às perceções dos profissionais relativamente à importância dos SFC.

Quando analisamos em conjunto as perceções de famílias e profissionais em função dos diferentes contextos, apenas encontramos diferenças estatisticamente significativas quando analisamos os resultados dos SFF. Em qualquer dos contextos os profissionais percecionam sempre prestar mais serviços do que as famílias percecionam receber.

Verificámos, ainda, que é no contexto de domicílio que é percecionada uma quantidade mais elevada de SFC. No que respeita à importância atribuída aos SFC é a

diferença nas perceções dos casos do domicílio e JI MEC que justificam que esta seja estatisticamente significativa.

Não encontramos trabalhos académicos que analisem perceções em diferentes contextos. Assim, apenas podemos comparar os nossos resultados com os de Pimentel (2003b, 2005) verificando que são semelhantes: as famílias referem sempre receber menos serviços do que os profissionais referem prestar, quer nos SFC quer nos SFF. De fato, as famílias e os profissionais tem perceções diferentes do que ocorre em IPI. No que diz respeito à importância atribuída aos serviços, Pimentel (2003, 2005) também conclui que as famílias atribuem menor importância do que os profissionais quer aos SFC quer aos SFF.

Na nossa sétima questão de investigação indagávamos se existem diferenças entre as perceções das famílias e profissionais, sobre os serviços recebidos/prestados e a importância que lhe atribuem em função da idade da criança apoiada.

Quando analisámos os resultados obtidos a partir das variáveis da EIFF na perceção das famílias quanto aos SFC e aos SFF e a importância dos mesmos e a idade da criança, não encontramos diferenças estatisticamente significativas. No que diz respeito aos mesmos fatores, mas nas perceções dos profissionais, a correlação entre a idade da criança e a importância dos SFC indica que quanto mais velha é a criança, menor é a importância que estes atribuem aos SFC. Pimentel (2003b, 2005) também encontrou resultados semelhantes no que diz respeito a esta questão. Quanto mais velha era a criança menos serviços no âmbito do 1º fator – SFC, recebia, não tendo encontrado nenhuma correlação entre a idade da criança e os SFF.

Na nossa oitava questão de investigação indagávamos se existem diferenças entre as perceções das famílias e profissionais, sobre os serviços recebidos/prestados e a importância que lhe atribuem em função do tempo de serviço dos profissionais de apoio, quer das ELI quer do MEC?

Relativamente à análise realizada a partir das variáveis da EIFF e o tempo de serviço dos profissionais de apoio, chegamos à conclusão que o tempo de serviço dos profissionais não está associado às suas perceções relativamente aos serviços recebidos/prestados nem centrados na criança nem centrados na família, nem à importância atribuída a esses mesmos serviços. Também Pimentel (2003b, 2005) não encontrou quaisquer diferenças significativas nas perceções das famílias e dos profissionais quanto aos SFC e aos SFF.

Gonçalves (2018) na sua investigação, fez a comparação das perceções dos profissionais em função dos anos de experiência, tendo concluído que existem diferenças significativas na avaliação feita à prática típica e à prática que os profissionais consideram como sendo a ideal. O autor refere que os seus resultados são corroborados pelos estudos de Moreira (2013, citado Gonçalves, 2018), mas não vão de encontro ao resultados obtidos por Augusto (2012, citados Gonçalves, 2018) onde não foram encontradas diferenças significativas nas práticas (típica e ideal) quando comparados anos de experiência em IPI.

Analisámos os resultados obtidos com base na ICP e comparamo-los com o que a teoria nos revela sobre as práticas recomendadas, na sequência de um estudo apresentado pela *Division of Early Childhood for Exceptional Children* (DEC – CEC) por Strain, Smith e McWilliam (1996, citados por Almeida, 2009) em que descreve os princípios que os autores analisaram e consideraram de referência na prestação de serviços de IPI e EE. Este estudo da DEC, orientou-nos na análise e discussão dos nossos resultados.

Em primeiro referem a normalização que, proporcionando às crianças serviços nos contextos naturais, deveriam promover um grau máximo de participação. No nosso estudo foi possível constatar que todas as crianças estavam inseridas nos grupos de origem (em contexto de creche e JI). Temos de referir que no caso 23 apenas no período da tarde isso se verificava, uma vez que a criança no período da manhã se encontrava na sala de ensino estruturado da escola. Devido à sua problemática muito grave, a escola e a família assim o decidiram, sendo a técnica de apoio que participou no nosso estudo, a docente responsável dessa sala.

O segundo princípio descrito, serviços centrados na família reconhecem a unidade criança-família e respondem às preocupações e necessidades da família, permitindo que esta participe na intervenção. No nosso estudo, durante as 60 observações que realizámos (correspondentes a 30 casos) em contexto de creche e JI, não foi possível observar a presença das famílias nem a solicitação por parte dos profissionais para estas estarem presentes nas intervenções. Apenas em três casos o profissional de apoio esteve presente no início da nossa reunião com a família quando foram realizadas os questionários da EIFF (dois dos casos em sala de reunião da instituição). Pudemos observar a interação entre o profissional e a família durante um período ainda que bastante curto. No caso 7 (creche) o profissional da ELI aproveitou o encontro e a vinda da mãe à instituição e falou sobre o filho, passando algumas

estratégias para intervir em casa. O caso 22, teve a particularidade do encontro para o preenchimento do questionário ser em contexto de domicílio, em casa da avó, e o profissional da ELI também aproveitou o encontro para passagem de estratégias e organização do espaço do novo quarto da criança. No caso 28, o profissional de EE solicitou aos pais que assinassem o novo PEI da criança e conversou com eles sobre as suas últimas aquisições.

De referir, no entanto, que aquando da solicitação de recolha de dados, não pedimos às entidades (ELI e JI do MEC) que gostaríamos que as famílias estivessem presentes na intervenção que iria ser observada por nós. Mas nunca nenhum profissional agendou, na nossa presença, reunião com famílias, nem nunca nos foi dito que essas reuniões eram regulares. Quando realizamos a E2, a mãe referiu que quando a ELI prestava apoio em contexto de domicílio era mais fácil o contato, quando a criança entrou no contexto de JI do MEC, as reuniões passaram a ter a periodicidade de 6 em 6 meses.

Quando referimos o terceiro princípio no que diz respeito aos serviços transdisciplinares que promovem a troca de papéis entre profissionais de diferentes disciplinas e a participação da família, temos que salientar que nunca foi nossa intenção assistir a reuniões das ELI ou a reuniões de avaliação da EE. No entanto, nunca ouvimos por parte de nenhum profissional das ELI, a necessidade ou intenção de solicitar consultoria dentro da equipa, uma vez que por definição do SNIPI a constituição das mesmas é multidisciplinar. No que diz respeito aos JI do MEC poderíamos ter solicitado estar presente em reuniões de equipa, onde fossem analisados os casos acompanhados pelo profissional de EE em contexto de JI.

No quarto princípio são referidas as práticas empiricamente fundamentadas ou baseadas em valores, que possam promover práticas solidamente fundamentadas em trabalhos empíricos ou baseadas em valores sólidos que emergem da prática. Durante os contatos e as observações que realizamos no âmbito das solicitações de autorização para a realização do nosso estudo e das observações, nunca nenhum dos profissionais fez referencia a textos, artigos ou a trabalhos de investigação no âmbito da IPI. Também não sentimos, por parte dos mesmos, a necessidade de se atualizar dentro da temática. Apenas solicitaram a informação da nossa parte, quando o nosso estudo estivesse finalizado.

O quinto e último princípio refere as práticas desenvolvimentalmente adequadas ao nível do desenvolvimento da criança e às suas necessidades individuais e práticas

multiculturais sensíveis. Para concretizar a análise da implementação deste princípio teria sido necessário consultar os PIIP das crianças que estudámos. Apesar de solicitados no início da recolha de dados, a indisponibilidade demonstrada por parte de muitos dos profissionais punha em risco a nossa recolha de dados, pelo que foi dispensado do nosso estudo.

De fato, para a aquisição de uma competência, esta terá de ser sistematicamente trabalhada nas rotinas da criança e não apenas treinada em sessões fora do contexto e esporádicas, pelo que será fundamental a intervenção centrada nas rotinas e nos contextos naturais (McWilliam, 2010). Desta forma, os profissionais de IPI deverão capacitar os intervenientes que mais tempo passam com a criança, delineando com eles uma intervenção adaptada aos contextos onde esta se insere.

As crianças em idade precoce, aprendem ao longo do tempo, de modo contínuo e no contexto de relação de afeto com os seus principais prestadores de cuidados (Almeida et al, 2011). Como já referimos anteriormente (Mahoney & MacDonald, 2007), é através de interações repetidas com as pessoas, com os materiais e objetos do seu contexto que as crianças aprendem sobre as pessoas e o mundo à sua volta. Assim, todas as experiências, oportunidades e acontecimentos que promovem estas interações podem considerar-se como contextos naturais para a aprendizagem (Dunst & Bruder, 1999a).

Nos últimos estudos realizados em Portugal no âmbito da intervenção centrada na família, Boavida, Aguiar e McWilliam (2018) e Velez (2016), defendem que os educadores das creches e JI e os assistentes operacionais, enquanto prestadores de cuidados, são elementos essenciais em IPI quando a criança se encontra incluída nestes contextos. A estreita colaboração entre os cuidadores que possuem um conhecimento profundo acerca do funcionamento e necessidades da criança no seu dia a dia, e os profissionais de IPI que detêm o conhecimento e conhecem os princípios da mesma, podem implementar uma intervenção eficaz, assegurando a implementação de intervenções individualizadas e informadas pelas forças, preferências e necessidades da criança, no contexto onde esta se move.

As práticas devem ser implementadas por quem tem conhecimento adequado do desenvolvimento das mesmas, boa compreensão sobre as diretrizes profissionais e legais, quem saiba agir de acordo com os princípios éticos e que se empenhe na formação contínua de forma a aumentar os seus conhecimentos.



## CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

As conclusões deste estudo terão como base alguns documentos internacionais definindo linhas de orientação e princípios de referência para a IPI, publicados desde os anos 90 do século XX.

Strain, Smith e McWilliam (1996) analisaram e consideraram como referência para a prestação de serviços de IPI e EE os princípios de referência da DEC (1993). Em 2005 e 2014 são publicados, também pela DEC, novos documentos orientados para os profissionais e famílias sobre as formas mais eficazes de melhorar os resultados da aprendizagem e de como promover o desenvolvimento de crianças em idades precoces até aos 5 anos. Analisaremos apenas o documento publicado em 2014, já que revê o de 2005.

Neste documento, a DEC (2014) destacava as práticas que resultam melhor para as crianças, suas famílias e profissionais e que servem de apoio ao acesso e à participação das crianças em ambientes naturais e inclusivos abordando também a diversidade cultural, linguística e de competências. No caso dos profissionais, as práticas recomendadas dividem-se em sete áreas temáticas já anteriormente citadas.

No que se refere à família, engloba as práticas centradas na família em que a principal preocupação é que esta seja tratada com dignidade e respeito, facilitando informação para a tomada de decisões, envolvendo todos os membros. Engloba, também, as práticas de capacitação familiar que incluem a oportunidade de experiências, conhecimentos que promovam e fortaleçam a parentalidade, assim como a colaboração entre a família e os profissionais para que se construam parcerias e relacionamentos necessários para alcançar bons resultados.

Guralnick (2005, 2007, 2008, 2011) desenvolveu, a partir de 2001, o Modelo Desenvolvimental dos Sistemas, destacando os princípios da IPI que são consensuais a nível internacional. Neste modelo, enfatiza-se a organização do sistema de IPI para que em todas as comunidades, as crianças vulneráveis possam desenvolver-se adequadamente e as suas famílias possam sentir-se incluídas e apoiadas.

A partir desta abordagem de Guralnick, Pinto et al, (2012), apresentam os três princípios que consideram mais importantes para a IPI em Portugal, baseando-se na legislação em vigor: Orientação desenvolvimental, Inclusão, e Integração/Coordenação de serviços.

No que diz respeito à orientação que tenha em conta o desenvolvimento da criança/família, suas características e fatores de stresse, os resultados que obtivemos no nosso estudo não mostram uma prática orientada para o fortalecimento da família nem para a otimização do funcionamento familiar e padrões de interação.

Quando nos debruçarmos sobre o tema da inclusão da criança nos ambientes naturais, não podemos deixar de referir que, ao contrário do que acontece em outros países, em Portugal, nomeadamente nos ambientes urbanos, onde recolhemos os nossos dados, muitas crianças, desde muito cedo estão incluídas em contextos de creche e/ou JI. Assim, e embora exista esta inclusão, que aliás orienta toda a nossa legislação, a participação nas atividades do dia a dia e o apoio necessário para uma verdadeira inclusão, nem sempre acontece. Pudemos observar, no nosso estudo que, em alguns casos, mesmo a criança fazendo parte do grupo da sala, não estava completamente incluída nas rotinas e nas aprendizagens que ocorriam nesses contextos naturais.

No que diz respeito à integração/coordenação de serviços referida por Pinto et al, (2012) não tivemos a oportunidade de verificar a existência de trabalho de equipa na avaliação, intervenção, elaboração e desenvolvimento do PIIP e sua implementação. Também não observámos a participação da família nestes momentos cruciais da IPI.

Como já referimos anteriormente, os dois normativos existentes no país representam, efetivamente, um entrave à implementação das práticas internacionalmente recomendadas. Apesar do Decreto-Lei n.º 281/2009 tutelar a IPI para as crianças dos 0 aos 6 anos, as crianças entre os 3 e os 6 anos que se encontrem a frequentar o JI do MEC e tenham NEE, também estão abrangidas pelo Decreto-Lei n.º 3/2008. Assim, estas, podem ser apoiadas por profissionais (não docentes) das ELI, e têm, simultaneamente, um PEI – claramente centrado na criança - e um PIIP – que deveria, também, abranger a família, o que quase nunca foi observado por nós.

Encontrámos, nas 11 ELI em que realizamos o estudo, grande heterogeneidade, nas práticas de IPI implementadas. Tal fato parece decorrer de diferentes modelos organizativos das equipas, muito embora, regularmente, surjam orientações das estruturas do SNIPI. Mas a centralidade da família raramente estava presente. Nos 11 JI MEC, que se regulam pelo Decreto-Lei n.º 3/2008, a intervenção que observamos, é claramente centrada na criança, sendo os contatos, com os pais, frequentemente, limitados a reuniões trimestrais, como acontece no 1º ciclo e, muitas vezes, este envolvimento esporádico tem apenas um carácter informativo, não existindo práticas de capacitação familiar nem a construção de parcerias pais-profissionais.

Através dos nossos resultados, e tal como Pimentel (2003b, 2005) podemos concluir que a intervenção observada há 15 anos não era focada na família e assim se mantém na atualidade. As perceções das famílias são de que a intervenção é mais focada na criança, mas também é a intervenção que consideram mais importante. Ainda é visível um grande hiato ao nível da componente participativa das famílias, nomeadamente em aspetos relacionados com a participação e tomada de decisão, e capacitação da família como elemento de pleno direito da equipa.

Quando analisamos as perceções dos profissionais, podemos concluir que estes consideram que implementam, na maioria das vezes, práticas centradas na família.

Pensamos que, quer para as famílias quer para os profissionais há uma tendência de querer obter uma intervenção que assegure progressos imediatos na criança. Assim, as famílias exigem às ELI, intervenções reabilitativas.

As respostas das ELI do distrito de Lisboa, em que recolhemos os dados, não são iguais, nem existe uniformização da prestação de serviços. Carvalho (2015) salienta que os resultados positivos do seu estudo podem estar diretamente relacionados com o fato dos profissionais das equipas em que recolheu os dados terem reuniões de supervisão, com docente universitário responsável por formação em IPI e com a formação específica em IPI de grande parte dos profissionais das equipas avaliadas.

No nosso estudo, no que se refere à supervisão existente, esta é maioritariamente técnico-administrativa e pouco frequente e, no que respeita à formação específica na área, só um dos profissionais das ELI tinha mestrado em IPI e apenas seis docentes tinham especialização em EE. Como já referimos anteriormente, uma ajudante familiar de IPI, tinha formação específica na área de IPI.

Assim, pensamos que esta falta de formação específica em IPI e a ausência de supervisão reflexiva pode explicar alguns dos nossos resultados em termos de práticas observadas, já que a falta de formação continua e especializada nesta área específica é, muitas vezes, referida como um entrave à mudança e melhoria das práticas (Almeida, 2013; Cara-Linda, 2007; Fernandes, 2001; Mota, 2000; Oliveira, 2011; Pego 2014; Pereira, 2009; Pereiro, 2000).

Outros fatores que poderão explicar os nossos dados são a falta de estabilidade dos profissionais nas respetivas ELI, salientada, também, por Arroz (2015) e Pereira, (2009). De fato, a estabilidade profissional é essencial para uma maior e melhor experiência na área da IPI. Na nossa amostra, seis profissionais das ELI estão no

serviço há menos de 12 meses e 23 dos profissionais estavam há menos de um ano a trabalhar com aquela criança/família.

O estudo que realizamos apresenta limitações e dificuldades próprias da investigação, sendo alguns problemas de natureza metodológica. Não podemos deixar de referir o fato da amostra ter sido de conveniência, apenas de ELI e agrupamentos do distrito de Lisboa, não podendo por isso, os nossos resultados, serem generalizados.

Outra limitação sentida por nós, ao analisarmos os resultados obtidos, foi o fato de, quando realizámos a entrevista às famílias, termos ficado cingidos à EIFF, e não termos questionado nem valorizado a informação e a opinião sobre a própria experiência da IPI ou EE nem sobre outros apoios para os seus filhos que, em casos de PEA, são frequentemente referidos como necessários para a evolução das crianças.

Nunca solicitámos, aos profissionais da ELI nem da EE do MEC, a possibilidade de estarmos presentes quando se realizavam avaliações/intervenções na presença da família. Teria também valido a pena solicitar a nossa presença numa reunião de ELI ou de departamento de EE do MEC de forma a observar como os casos eram discutidos e orientados. Assim, não poderemos garantir que não houvesse trabalho interdisciplinar que, de acordo com Fernandes (2001), Mota (2000), Oliveira (2011) e Ruivo e Almeida (2002) é essencial para uma prática de qualidade.

Outro aspeto que podemos considerar como limitação foi de, durante a recolha de dados, termos descurado a oportunidade de realizar uma análise detalhada dos PIIP e dos PEI. Embora tenha havido seis casos onde isso foi conseguido, dadas as dificuldades na disponibilidade das ELI e dos agrupamentos de escola para a consulta de processos e a autorização na recolha de dados, tornou-se para nós impossível concretizar esta análise, dado o tempo que a recolha de dados estava a demorar.

Quando estudámos o tempo de serviço dos profissionais em relação a outras variáveis que podiam ter influenciado as perceções das famílias e profissionais, teria também valido a pena termos estudado quer o tempo em IPI quer o tempo de intervenção com aquela criança/família.

No início do nosso trabalho referimos que dávamos continuidade ao estudo realizado por Pimentel (2003b, 2005) esperando obter resultados diferentes dos obtidos pela autora. No entanto essa não foi a nossa conclusão, uma vez que, mesmo passado 15 anos sobre este estudo e ter havido publicação de legislação específica para a IPI, poucas foram as evoluções que nos possam levar a dizer que em Portugal a IPI é focada na família, nos contextos naturais e nas rotinas.

Não podemos deixar de referir que todo o processo de solicitação de autorizações e a recolha de dados que realizámos, contribuiu para uma aprendizagem e enriquecimento pessoal e profissional. Os contactos que nos foram permitidos, quer com as ELI e a EE do MEC, quer mais especificamente com as crianças, famílias e profissionais que se disponibilizaram a participar no estudo, contribuiu para o nosso conhecimento das práticas das ELI e da EE do distrito de Lisboa, mas também percebermos os constrangimentos que os profissionais e principalmente as famílias tem de enfrentar no seu dia a dia.

Parece-nos que continua a haver necessidade de, junto dos profissionais, dar orientações específicas sobre como apoiar as famílias em IPI. Nas investigações analisadas, os autores constataram haver, por parte dos profissionais, alguma resistência à mudança, continuando estes a reclamar, para si, um papel preponderante no processo de avaliação/intervenção. Consideramos igualmente que, para além das orientações, seria uma mais valia incrementar a intervenção no contexto de visitas domiciliárias de forma a identificar as necessidades da criança e da família que mais se relacionam com o contexto familiar.

Tal como Pinto et al, (2012), consideramos que a existência de dois normativos diferentes para a intervenção junto de crianças dos 3-6 anos representa um entrave à implementação de práticas de qualidade em IPI. A 6 de julho de 2018, foi publicado o Decreto-Lei n.º 54/2018 que substituiu o Decreto-Lei n.º 3/2008 em vigor desde 7 de janeiro do mesmo ano. No entanto, neste novo normativo, da exclusiva responsabilidade do MEC, não há qualquer alteração aos artigos que dizem respeito à IPI, embora aí se considere que a ELI é identificado como um recurso existente na comunidade, a mobilizar para o apoio à aprendizagem e inclusão.

Sendo o Decreto-Lei n.º 281/2009 de responsabilidade tripartida – MS, MEC e MTSS – o novo decreto sobre a escola inclusiva não o poderia alterar. No entanto, pensamos que esta é uma situação que mereceria uma especial atenção no futuro.

Esperamos que o nosso estudo venha a contribuir para uma efetiva reflexão sobre as práticas em IPI no distrito de Lisboa e que possa servir para a sua melhoria no nosso país. Esperamos, também, que dê alguma resposta à questão que há muito se coloca no que diz respeito às práticas de IPI:

Quem faz o quê? Onde? E como?



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Able, H., West, T. A., & Lim, C. I. (2017). Ethical issues in early intervention. *Voices from the field. Infants & Young Children, 30*(3), 204-220.
- Acar, S., & Akamoglu, Y. (2014). Practices for parent participation in early intervention/ Early childhood special education. *International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE), 6*(1), 80-101.
- 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). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9097>
- 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. (2009). *Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. (Vol. 1 e 2). Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação.
- Almeida, I. C. (2010, janeiro-março). O modelo de intervenção centrado na família: da teoria à prática. *Revista Diversidades, 27*(7), 12-16.
- 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. ISSN 0870-8231
- Almeida, I. C., Carvalho, L., Ferreira, V., Grande, C., Lopes, S., Pinto, A. I., Portugal, G., Santos, P., & Serrano, A.M. (2011). Práticas de intervenção precoce baseadas nas rotinas: Um projeto de formação e investigação. *Analyze psicológica, 29*(1), 83-98.
- AMA (2005). *Associação Mão Amiga: Associação de Pais e Amigos de Pessoas Autistas*. Consultado em 02/06/2005, em [www.maoamiga.org](http://www.maoamiga.org).
- Arroz, A. (2015). *Práticas de intervenção precoce na infância: Quem faz o quê, onde e como?*. (Tese de Mestrado, ISPA - Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa). Recuperado de <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/4496>
- 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. doi: 10.14417/ap.614
- Bairrão, J. (1992). A perspetiva ecológica em psicologia da educação. *Cadernos de Consulta Psicológica, 8*, 57-68.
- Bairrão, J., & Almeida, I. C. (2003). Questões actuais em intervenção precoce. *Psicologia, XVII* (1), 15-29. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.17575/rpsicol.v17i1.436>

- Bandeira, C. L. (2012). *Perturbações do Espectro do Autismo – Manual prático de intervenção*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda.
- Barros, A. R. (2009). *Promoção da qualidade dos cuidados prestados em amas e creches familiares: Três estudos de caso*. (Tese de Mestrado, ISPA - Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa). Recuperado de <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/4448>
- Basu, S., Salisbury, C. L., & Thorkildsen, T. A. (2010, march). Measuring collaborative consultation practices in natural environments. *Journal of Early Intervention, 32*(2), 127-150.
- 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.
- Black, M. M., Walker, S., P., Fernald, L., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., & McCoy, D. C. (2017, january). Advancing early childhood development: From science to scale. 1: Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet, 389*(10064), 77-90. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31389-7
- Boavida-Silva, T. (2013). *Promoting the quality of individualized education plan (IEP) and a individualized family service plans (IFSP) goals an objectives*. (Tese de doutoramento, Instituto Superior de Psicologia Aplicada - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa). Recuperado de <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/2775>
- Boavida, T., Aguiar, C., & McWilliam, R. A. (2014, setembro). Portugal e o modelo de intervenção precoce baseada nas rotinas. *Atas do IX Congresso Iberoamericano de Psicologia / 2º Congresso Ordem dos Psicólogos Portugueses, Lisboa, 9-13* (pp. 1483-1490). Lisboa.
- Boavida, T., Aguiar, C., & McWilliam, R. A. (2018, in press). A intervenção precoce e os contextos de educação de infância. In M. Fuertes, C. Nunes, D. Lino, & T. Almeida (Org.), *Teoria, práticas e investigação em intervenção precoce*, 7-23. Lisboa: CIED/Escola Superior de Educação de Lisboa. Aguarda ISSN.
- 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.
- Borges, C. (2017). *Intervenção precoce no domicílio: Perspetivas de profissionais das equipas de intervenção precoce na Infância da zona norte de Portugal*. (Tese de Mestrado, Instituto de Educação da Universidade do Minho. Braga). Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/51173>

- Braga, C. (2010). *Perturbações do espectro do autismo e inclusão: Atitudes e representações dos pais, professores e educadores de infância*. (Tese de Mestrado, Instituto de Educação da Universidade do Minho. Braga). Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/14595>
- Brien, J, Page, J., & Berman, J. (2017, june). Enabling the exercise of choice and control: How early childhood intervention professionals may support families and young children with a disability to exercise choice and control in the context of the National Disability Insurance Scheme. *Australasian Journal of Early Childhood*, 42(2). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.23965/AJEC.42.2.05>
- Bruder, M. B. & Guralnick, M. J. (2012, october-december). From the Editor. Developmental Systems Approach to Early Childhood Intervention: Perspectives from Other Countries. *ISEI – International Society on Early Intervention*. (pp. 267-269). doi: 10.1097/IYC.0b013e31826d8242
- 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). Recuperado em <http://hdl.handle.net/10216/43025>
- Caldeira, Z. S., Seixas, S. R., & Piscalho, I. (2017). Intervenção baseada nas rotinas. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 5(1), 62-80. ISBN: 2182-9608. Recuperado de <https://revistas.rcaap.pt/interaccoes/article/view/10837/7726>
- Cara-Linda, M. A. C. P. R. (2007). *Abordagem centrada na família: Avaliação de práticas num projecto de intervenção precoce*. (Tese de Mestrado, ISPA - Instituto Superior de Psicologia Aplicada - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa). Recuperado de <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/388>
- 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). Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/589>
- Carrapatoso, M. T. J. P. (2003). *Subsídios para o estudo da intervenção precoce centrada na família: Quais as percepções dos técnicos?* (Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10216/23701>
- Carvalho, M. L. (2004). *Práticas centradas na família na avaliação da criança: Percepções dos profissionais e das famílias do PIP do distrito de Coimbra*. (Tese de Mestrado, Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho. Braga).
- Carvalho, J. C. (2015). *Estudo das ELI dos distritos de Braga e Bragança: Um contributo para a avaliação das práticas centradas na família*. (Tese de Mestrado, Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho. Braga). URI: <http://hdl.handle.net/1822/41397>

- Carvalho, L., Almeida, I. C., Felgueiras, I., Leitão, S.; Boavida, J., Santos, P. C., Serrano, A., Brito, A. T., Lança, C., Pimentel, J. S., Pinto, A. I., Grande, C., Brandão, T., & Franco, V. (2016). *Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância: Um guia para profissionais*. Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce.
- Castro, S. (2012). *The assessment-intervention of young children with autism: Contributions of the international classification of functioning, disability and health for children and youth*. (Tese de doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10216/104547>
- Clegg, F. (1995). *Estatística para todos – Um manual para ciências sociais*. Aprender fazer ciência. Gradiva.
- Cordeiro, M. (2004). *O processo de avaliação em intervenção precoce e as práticas de apoio educativo no jardim de infância: Da teoria à prática*. (Tese de Mestrado, ISPA - Instituto Superior de Psicologia Aplicada - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa). Recuperado de <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/442>
- Correia, N. (2011). *A importância da intervenção precoce para as crianças com autismo na perspectiva dos educadores e professores de educação especial*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa). Recuperado de <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/1489>
- Corval, R., Castro, R., Amado, N., & Toscano, T. (2012). *Tradução e adaptação da Inclusive Classroom Profile*. ISEC – Instituto Superior de Educação e Ciências de Lisboa (policopiado sem outra referência).
- Costa, C., Serrano, A., Dunst, C., Mestre, J. M., & Cañadas, M. (2017). Práticas centradas na família e os resultados familiares: avaliação de práticas de intervenção precoce na perspectiva da família. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 11. Recuperado de <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.11.3015>
- Couto, D. S. (2014). *Práticas das equipas locais de intervenção no processo de avaliação de crianças referenciadas para o sistema nacional de intervenção precoce na infância*. (Tese de Mestrado, Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho. Braga). Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/30213>
- Covas, R. (2012). *Intervenção precoce na perturbação autística – Perspetiva dos educadores de infância*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/2451>
- DEC (1993). DEC Recommended Practices: Indicators of Quality in Programs for Infants and Young Children with Special Needs and Their Families. *Division for Early Childhood. Council for Exceptional Children*. ISBN 0-86586-234-6

- DEC (2014). The Division for Early Childhood of the Council for Exceptional Children. *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education*. abril 2014. Retirado em 11/06/2018 de <http://www.dec-sped.org/recommendedpractices>
- Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de janeiro. *Diário da República*, n.º 4/08, Série I. Lisboa: Ministério da Educação. Pág. 154-164.
- Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro. *Diário da República*, n.º 193/09, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde. Pág. 7298-7301.
- Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de julho. *Diário da República*, n.º 129/18, Série I. Lisboa: Ministério da Educação. Pág. 2918-2928.
- Despacho n.º 26/1995 de 31 de janeiro. *Diário da República*, Série II. Lisboa: Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Pág. 15566.
- Despacho Conjunto n.º 891/1999 de 19 de outubro. *Diário da República*, n.º 244/99, Série II. Lisboa: Ministério da Educação, Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. Pág. 15566-15568.
- DSM-V - *Manual de diagnóstico e estatística de perturbações mentais*. (5.ª ed.). American Psychiatric Association, CLIMEPSI Editores, 2014. Lisboa.
- Dunst, C. J. (2006, february). Parent-mediated everyday child learning opportunities: I. Foundations and operationalization. *CASEinPoint*, 2(2).
- Dunst, C. J. (2012). Parapatric speciation in the evolution of early intervention for infants and toddlers with disabilities and their families. *Topics in Early Childhood Special Education*, 31(4), 208-215.
- Dunst, C. J. (2017). Research foundations for evidence-informed early childhood intervention performance check lists. *Education Sciences*, 7(78). doi: 10.3390/educsci7040078
- Dunst, C. J., & Bruder, M. B. (1999). Family and community activity settings, natural learning environments, and children's learning opportunities. *Children's Learning Opportunities Report*, 1(2). Everyday Children's Learning Opportunities Institute.
- Dunst, C. J., & Bruder, M. B. (2002). Valued outcomes of service coordination, early intervention and natural environments. *Council for Exceptional Children*, 68(3), 361-375.
- Dunst, C., Bruder, M. B., & Espe-Sherwindt, M. (2014). Family capacity-building in early childhood intervention: Do context and setting matter? *School Community Journal*, 24(1), 37-48.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2009). Capacity-building family-systems intervention practices. *Journal of Family Social Work*, 12 (2), 119-143. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/10522150802713322>

- Ely, M. S., Gullifor, K., & Hollinshead, T. (2017, march-april), Family-centered early intervention visual impairment services through session planning. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 169-174.
- Felgueiras, I. Bairrão, J., & Castanheira, J. (1988). Introdução ao planeamento de acções integradas dos serviços para a infância: Tentativas existentes em Portugal. *Artigo em Livro de Atas de Conferência Nacional. Seminário Integração de serviços para a infância: metodologia de projectos* (pp. 81-99). Sesimbra.
- Fernandes, F. A. (2014). *Práticas centradas na família: Identificação de comportamentos para uma prática de qualidade no distrito de Braga, Viana do Castelo e Vila Real*. (Tese de Mestrado, Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho. Braga). URI: <http://hdl.handle.net/1822/38414>
- Fernandes, M. D. A. (2001). *Subsídios para a caracterização de práticas de intervenção precoce implementadas pelas equipas de apoios educativos na região de Trás-os Montes*. (Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10216/53545>
- Franco, V. (2007, janeiro-junho). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipa em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*. 11(1). 113-121.
- Fuertes, M. (2011). A outra face da investigação: Histórias de vida e práticas de intervenção precoce. *Da investigação às práticas* 1(1), 89-109. ESE do Instituto Politécnico de Lisboa.
- Fuertes, M. (2018, julho). *Visitas domiciliárias: Planeamento e observação*. Ação de curta duração. Centro interdisciplinar de estudos educacionais (CIED). ESE de Lisboa.
- Gallagher, J. (1997). *The million dollar question: Unmet service needs for Young Children with disabilities*. Washington, DC: U.S. Department of Education.
- Golubović, S., Marković, J., & Perović, L. (2015, juli-avgust). Things that can bechanged in early intervention in childhood. *Medicinski Pregled*, LXVIII(7-8), 267-272.
- 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).
- Gonçalves, B. I. L. (2018). *Práticas típicas e ideais em intervenção precoce: O ponto de vista dos profissionais das equipas locais de intervenção do distrito do Porto*. (Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto) Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/113130/2/273744.pdf>
- Gronita, J. (2014). *Contributos para a análise de modelos organizativos de intervenção precoce na infância em Portugal*. (Tese de doutoramento, Universidade Aberta. Lisboa). Recuperado de <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/3774>

- Gronita, J., Matos, C., Pimentel, J. S., Bernardo, A. C., & Marques, J. D. (2011). *Crianças Diferentes - Intervenção precoce: O processo de construção de boas práticas*. Relatório final. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Gronita, J., Pimentel, J. S., Matos, C., Bernardo, A. C., & Marques, J. (2009). *Os nossos filhos são diferentes: Como podem os pais lidar com uma criança com deficiência*. Boas Práticas na Intervenção Precoce Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Guralnick, M. J. (2005). An overview of the developmental system models for early intervention. In M. J. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention*, 3-28. Maryland: Paul H. Brooks.
- Guralnick, M. J. (2007). The system of early intervention for children with developmental disabilities: Current status and challenges for the future. In J. W. Jacobson, J. A. Mulick, & J. Rojahn (Eds.). *Handbook of mental retardation and developmental disabilities*, 465-480. New York: Plenum.
- Guralnick, M. J. (2008, march). International perspectives on early intervention. A Search for common ground. *Journal of Early Intervention*, 30(2), 90-101 doi: 10.1177/1053815107313483
- Guralnick, M. J. (2011). Why early intervention works: A systems perspective. *Infants and Young Children*, 24(1), 6-28. doi: 10.1097/IYC.0b013e3182002cfe
- Guralnick, M. J. (2015, mayo-agosto). Merging policy initiatives and developmental perspectives in early intervention. *Escritos de Psicologia*, 8(2), 6-13. ISSN 1989-3809. doi: 10.5231/psy.writ.2015.1004
- Guralnick, M. J. (2017a). Early intervention for young children with development delays. Contributions of the developmental systems approach. In H. Sukkar, C. J. Dunst & J. Kirkby (Eds.), *Early Childhood Intervention*, 17-35. Oxon, UK: Routledge.
- Guralnick, M. J. (2017b). Early intervention for children with intellectual disabilities: An Update. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 30, 211-229.
- Guralnick, M. J. & Bruder, M. B. (2016). Early childhood inclusion in the United States. Goals, current status, and future directions. *Infants & Young Children*, 29 (3), 166-177.
- Hoffman, T. K. (2016). An exploration of service delivery in early intervention over the last two decades. *International Journal of early Childhood Special Education (INT-JECSE)*, 8(2), 107-112.
- Lazzari, A. (2017). Early childhood education and care (ECEC) as social innovation tool? Insights from a multi-site case study carried out in Emilia-Romagna Region. *Journal of Theories and Research in Education*, 12(3), 13-39. ISSN 1970-2221.

- Leadbitter, K., Aldred, C., Mcconachle, H., Couteur, A. L., Kapadia, D., Charman, T., MacDonald, W., Salamone, E., Emsley, R., & Green, J. (2018). The autism family experience questionnaire (AFEQ): An ecologically-valid, parent-nominated measure of family experience, quality of life and prioritized outcomes for early intervention. *Journal of Autism and developmental Disorders*. 48, 1052-1062. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3350-7>
- Little, A. A., Kamholz, K., Corwin, B. K., Castellero, A. B., & Wang, C. J. (2014, july-august). Understanding barriers to early intervention services for preterm infants: Lessons from two states. *Academic Pediatrics*, 15(4), 430-438.
- Mahoney, G., & MacDonald, J. (2007). Autism and developmental delays in young children. *International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JKECSE)*, June 2009, 1(1). PRO-ED, Inc, Texas.
- Martins, C. (2012). *Face a face com o autismo: Será a inclusão um mito ou uma realidade?*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/2562/1/ClaudiaMartins.pdf>
- McBride, B. A., Curtiss, S. J., Uchima, K., Laxman, D. J., Santos, R. M., Weglarz-Ward, J., Dyer, W. J., Jeans, L. M., & Kern, J. (2017). Father involvement in early intervention: Exploring the gap between service providers' perceptions and practices. *Journal of Early Intervention*, 39 (2), 71-87. doi:10.1177/1053815116686118
- McWilliam, R. A. (2000). Recommended practices in interdisciplinary models. In S. Sandall, M.E. McLean, & B. J. Smith *DEC Recommended Practices in Early Intervention / Early Childhood Special Education*. Denver: Division of Early Childhood for Exceptional Children.
- McWilliam, R. A. (2003). The primary-service-provider model for home-and-community-based services. *Psicologia*, 17(1), 115-135. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.17575/rpsicol.v17i1.441>
- McWilliam, R. A. (2010). *Routines-based early intervention*. Consultado em 15 julho 2018. [https://www.researchgate.net/publication/265634115\\_Routines\\_Based\\_Early\\_Intervention](https://www.researchgate.net/publication/265634115_Routines_Based_Early_Intervention)
- McWilliam, R. A. (2013, junho). Voices from the field. Young exceptional children. Division for Early Childhood, 16(2), 45-48. Siskin Children's Institute doi:10.1177/1096250613492115
- McWilliam, R. A., Fergusson, A., Harbin, G. L., Porter, P., Munn, D., & Vandiviere, P. (1998). The family-centeredness of individualized family service plans. *Topics in Early Childhood Special Education*, 18 (2), 69-82.
- McWilliam, R. A., Tocci, L., & Harbin, G. L. (1995) Services are child-oriented and families like it that way – but way? Chapel Hill, NC: *Early Childhood Research Institute: Service Utilization*, Frank Porter Graham Child Development Center, University of North Carolina at Chapel Hill.

- Meisels, S. J., & Shonkoff, J. P. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. In J. P. Shonkoff, & S. J. Meisels, (Eds.). (2<sup>nd</sup> ed.), *Handbook of early childhood intervention*, 3-31. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mendes, A. L. B. (2012). *Construção de boas práticas em intervenção precoce*. (Tese de Mestrado, Instituto Superior de Educação e Ciências. Lisboa). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10733/1/Fim.pdf>
- Mendes, E. (2006). *Seminário permanente de intervenção precoce: Instrumentos de avaliação para intervenção precoce adaptados para Portugal. Autoavaliação de padrões de qualidade em intervenção precoce*. Departamento de Psicologia da Universidade de Évora. Évora. (documento não publicado)
- Mendes, E. (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). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/1549/1/>
- Milhorange, F. (2013). *Novo teste consegue diagnóstico precoce do autismo*. [Consulta a 29-06-2014]. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/novo-teste-consegue-diagnostico-precoce-do-autismo-10706802#ixzz2tVZp67bM>
- Mittelbrun, J. P., Barrientos, J. C., Francés, J. L., Oriola, J. C., Franc, T. G. & Conte, E. V. (2004). *Guía de Estandares de Calidad en Atención Temprana*. Colección estudios e informes, N.º 13, Observatorio de la discapacidad, IMERSO. ISBN: 84-8446-073-8
- Mota, M. (2000). *Subsídios para o estudo em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família. Que percursos?* (Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto).
- Mottron, L. (2017). Should we change targets and methods of early intervention in autism, in favor of a strengths-based education? *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 26, 815-825. doi: 10.1007/s00787-017-0955-5
- NAEYC (2009). *Developmentally appropriated practice in early childhood programs serving children from birth through age 8*. Washington, N.A.E.Y.C.
- Nunes, D. R. P., & Araújo, E. R. (2014, agosto). Autismo: a educação infantil como cenário de intervenção. *Arquivos analíticos de políticas educativas. Educação especial: diferenças, currículo e processos de ensino e aprendizagem*, 22(84). ISSN 1068-2341
- Oliveira, A. (2011). *Identificação e análise dos projetos de Intervenção precoce na NUT III Norte Ave*. (Tese de Mestrado, Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho. Braga). Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/20077> URI: <http://hdl.handle.net/1822/20077>

- Pacheco, R. A. (2013). *Intervenção precoce na infância: Uma abordagem ao risco ambiental na região autónoma dos Açores*. (Tese de Mestrado, não publicada, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal).
- Pego, C. M. (2014). *As perceções das famílias de crianças com necessidades especiais sobre os benefícios da intervenção precoce: Um estudo qualitativo com famílias de Braga*. (Tese de Mestrado, Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho. Braga). URI: <http://hdl.handle.net/1822/38415>
- Pereira, A. P. S. (2003). *Práticas centradas na família: Identificação de comportamentos para uma prática de qualidade no distrito de Braga*. Tese de Mestrado apresentada no Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho. Braga.
- 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). Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/9808>
- Pereira, A., & Serrano, A. (2009). Práticas centradas na família em intervenção precoce: um estudo nacional sobre práticas profissionais. *Atas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. (pp. 4589-4604). Braga, Universidade do Minho.
- Pereira, A. P. S., & Serrano, A. M. (2010). Intervenção precoce em Portugal: Evidências e consequências. *Inclusão, 10*, 101-120. Recuperado de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/16154/1>
- Pereira, A. P. S., & Serrano A. M. (2014). Early intervention in Portugal: Study of professionals' perceptions, *Journal of Family Social Work, 17*(3), 263–282. doi: 10.1080/10522158.2013.865426
- Pereiro, M. H. V. M. (2000). Contributos para uma análise avaliativa da intervenção precoce: As representações dos profissionais. In F. R. Leitão (Ed.), *A intervenção precoce e a criança com síndrome de Down: Estudos sobre interacção*. (pp. 179-202). Porto: Porto Editora.
- Pimentel, J. S. (1999). Reflexões sobre a avaliação de programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica, 1*(17), 143-152.
- Pimentel, J. S. (2003a). A Escala de intervenção focada na família: Estudo da sua validação. *Psicologia, 17*(1), 179-194.
- Pimentel, J. S. (2003b). *Intervenção focada na família: Desejo ou realidade*. (Tese de doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto. Recuperado de [https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub\\_geral.pub\\_view?pi\\_pub\\_base\\_id=29712](https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=29712)
- Pimentel, J. S. (2004). Avaliação de programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica, 1*(22), 43-54.

- 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., Correia, N., & Marcelino, S. (2011). A avaliação das práticas como contributo para a promoção da qualidade dos programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica, 1*(29), 47-65.
- Pimentel, J. S., Gronita, J., Matos, C., Bernardo, A. C., & Marques, J. (2009). *E quando atendemos crianças diferentes: Como podem os profissionais orientar as famílias com criança com deficiência*. Boas Práticas na Intervenção Precoce Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pinto, A. I., Grande, C., Aguiar, C., Almeida, I.C., Felgueiras, I., Pimentel, J. S., Serrano, A. M., Carvalho, L., Brandão, M. T., Boavida, T., Santos, P., & Lopes-dos-Santos, P. (2012). Early childhood intervention in Portugal: An overview based on the developmental systems model. *Infant & Young Children, 25*(4), 310-322. doi: 10.1097/IYC.0b013e3182673e2b
- Pinto, A. I., Grande, C., Felgueiras, I., Almeida, I. C., Pimentel, J. S., & Novais, N. (2009). Intervenção e investigação em idades precoces: O legado de Joaquim Bairrão [Intervention and research in early ages: The legacy of Joaquim Bairrão]. *Psicologia, XXIII* (2), 21-42.
- Pinto, A. I., Grande, C., Novais, I., Rosário, H., & Barbieri, M. (2009). Intervenção precoce: Uma abordagem dimensional do desenvolvimento humano. In Portugal, G. (Eds.). *Ideias, projectos e inovação no mundo das infâncias: O percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 47-62). Aveiro: Universidade.
- Pocinho, M. (2010). *Estatística II – Sebenta da Unidade curricular de estatística II*. Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra
- Portaria n.º 1195/1995 de 02 de outubro. *Diário da República*, n.º 228/95, Série I-B. Lisboa: Ministério das Finanças e da Saúde. Pág. 6085-6086.
- Portaria n.º 52/1997 de 21 de janeiro. *Diário da República*, n.º 17/97, Série I-B. Lisboa: Ministério da Educação. Pág. 352-357.
- Portaria n.º 1102/1997 de 03 de novembro. *Diário da República*, n.º 254/97, Série I-B. Lisboa: Ministério da Educação. Pág. 6039-6042.
- Posar, A., & Visconti, P. (2017). Autism in 2016: the for answers. *Jornal de Pediatria, 93*(2), 111-119.
- Rantala, A., Uotinen, S., & McWilliam, R. A. (2009, april-june). Providing early intervention within natural environments. A cross-cultural comparison. *Infants & Young Children, 22*(2), 119-131.
- Reis, H., Pereira, A. P., & Almeida, L. (2016, maio-agosto). Da avaliação à intervenção na perturbação do espectro do autismo. *Revista Educação Especial, 29*(55), 269-280. Recuperado de <http://www.ufsm.br/revistaeducacaoespecial>  
<http://dx.doi.org/10.5902/1984686X19423>

- Relvas, A. P. (2000). *Por detrás do espelho: Da teoria à terapia com a família*. Lisboa: Quarteto.
- Roberts, W. (2017, december). Trust, empathy and time: Relationship building with families experiencing vulnerability and disadvantage in early childhood education and care services. *Australasian Journal of Early Childhood*, 42(4). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.23965/AJEC.42.4.01>
- Roger, S. J., & Dawson, G. (2014). *A intervenção precoce em crianças com autismo. Modelo Denver para a promoção da linguagem, da aprendizagem e da socialização*. LIDEL – Edições técnicas, Lda. Lisboa.
- Ruivo, J., & Almeida, I. (2002). *Contributos para o estudo das práticas de intervenção precoce em Portugal*. Lisboa: Direção Geral Inovação Desenvolvimento Curricular. Ministério da Educação e Ciência.
- Rush, D. D., & Shelden, M. L. (2008, february). Common misperceptions about coaching in early intervention. *CASEinPoint*, 4(1).
- Sameroff, A. J. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development*, 81(1), 6-22.
- 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. R. (2005). *DEC Recommended Practices: A Comprehensive Guide for Practical Application in Early Intervention/Early Childhood Special Education*. Council for Exceptional Children. Division for early Childhood. Sopris West.
- Santos, M. G. (2016). *Perceções sobre práticas em intervenção precoce: Do real ao ideal*. (Tese de Mestrado, ISPA - Instituto Superior de Psicologia Aplicada - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa). Recuperado de <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/5291>
- Serrano, A. M. (2007). *Redes sociais de apoio e sua relevância para a intervenção precoce*. Porto: Porto Editora.
- Shonkoff, J. P. (2000). Science, policy, and the young developing child. Closing the gap between what we know. National Research Council and Institute of Medicine *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. J. P. Shonkoff & D. A. Phillips (eds.). Board on Children, Youth, and Families, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Shonkoff, J. P. (2010). Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child Development*, 81(1), 357-367.

- Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (Eds.) (2000) *Handbook of early intervention* (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Simões, A. C. L. (2007). *Caracterização dos programas de intervenção precoce ao abrigo do Despacho-Conjunto n.º 981/99 de 19 de outubro, no Distrito de Faro*. (Tese de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa).
- Singh, P., & Zhang, K. C. (2018, march). Parents' perspective on early childhood education in New Zealand: Voices from Pacific families. *Australasian Journal of Early Childhood*, 43(1). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.23965/AJEC.43.1.06>
- Stewart, F. (2018, march-april). Early childhood collaboration: Together we can serve children and families better. *Collaboration is Key*, 90-94. Exchange Press.
- Studer, N., Gundelfinger, R., Schenker, T., & Steinhausen, H. C. (2017). Implementation of early intensive behavioural intervention for children with autism in Switzerland. *Studer et al, BMC Psychiatry*, 17(34). doi:10.1186/s12888-017-1195-4
- Tegethof, I. C. A. (1996). *Interacções mãe-criança e estimulação cognitiva. Um estudo exploratório*. (Tese de Mestrado, ISPA - Instituto Superior de Psicologia Aplicada - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.12/1001>
- Telmo, I. C. & Equipa Ajudautismo (2006). Formautismo, Manual de formação em autismo para professores e famílias. In *formação da Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo*. Lisboa.
- Trivette, C. M., Dunst, C. J., & Hamby, D. W. (2010). Influences of family-systems intervention practices on parent-child interactions and child development. *Topics in Early Childhood Special Education*, 30(1) 3-19. doi:10.1177/0271121410364150
- Trivette, C. M., Dunst, C. J., Simkus, A., & Hamby, D. W. (2013). Methods for increasing child participation in everyday learning opportunities. *Everyday Child Language Learning Reports*, 7.
- Turnbull, A. P., Summers, J. A., Turnbull, R., Brotherson, M. J., Winton, P., Roberts, R., Snyder, P., McWilliam, R., Chandler, L., Schrandt, S., Stowe, M., Bruder, M. B., Divenere, N., Eplet, P., Hornback, M., Huff, B., Miksch, P., Mitchell, L., Sharp, L., & Stroup-Rentier, V. (2007). Family supports and services in early intervention: A bold vision. *Journal of Early Intervention*, 29(3), 187-206. doi: 10.1177/105381510702900301
- Velez, A. (2016). *Práticas típicas e práticas ideais de consultoria colaborativa em intervenção precoce na Infância: Perceções dos profissionais*. (Tese de Mestrado, ISPA - Instituto Superior de Psicologia Aplicada - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa). Recuperado de <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/5350>

- Vinen, Z., Clark, M., Paynter, J., & Dissanayake, C. (2018). School age outcomes of children with autism spectrum disorder who received community-based early interventions. *Journal of autism and Developmental Disorders*, 48, 1673-1683. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3414-8>
- Xu, Y., Yang, J., Yao, J., Chen, J., Zhuang, X., Wang, W., Zhang, X., & Lee, G. T. (2018). A pilot study of a culturally adapted early intervention for young children with autism spectrum disorders in China. *Journal of Early Intervention*, 40(1), 52-68. doi: 10.1177/1053815117748408

## **ANEXOS**

**Anexo 1 - Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados**



AUTORIZAÇÃO N.º 3108 /2014

I. Do Pedido

O Instituto Superior de Psicologia Aplicada, CRL, notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um estudo observacional denominado "Análise de práticas no âmbito das Equipas Locais de Intervenção e da Educação Especial".

O estudo enquadra-se no projeto de investigação de Maria Dulce Duarte, no âmbito do Doutoramento em Ciências da Educação Especial, no ISPA.

Incide sobre crianças com idade igual ou inferior a seis anos, com diagnóstico de perturbação do espectro do autismo, que recebem apoio no âmbito do Programa de Intervenção Precoce, quer seja através de profissionais das Equipas Locais de Intervenção (ELI), quer seja por integração em Educação Especial nos Agrupamentos de Escolas do distrito de Lisboa.

Para efeito de seleção da amostra, serão contactadas as ELI do distrito de Lisboa, que informarão os pais/responsáveis legais das crianças da realização do estudo para organização de encontro com a investigadora.

Serão também contactados os agrupamentos de escolas do distrito de Lisboa que tenham crianças com aquela patologia, acompanhados por docente de educação especial a frequentar jardim e infância da rede pública.

O consentimento informado dos encarregados de educação será recolhido pela investigadora, que o conservará em local de acesso reservado.

A amostra será selecionada aleatoriamente, a partir de listagem das crianças cujos representantes legais tenham autorizado a participação no estudo. As listagens, onde



as crianças apenas são identificadas por iniciais do seu nome, são elaboradas pelos profissionais de educação especial que aderirem ao estudo.

Aos pais/encarregados de educação das crianças será aplicado um questionário designado por Escala de Intervenção Focada na Família (versão pais). Aos profissionais será de igual modo aplicada Escala de Intervenção Focada na Família, na versão técnicos. Aos pais e técnicos será solicitado consentimento para observação das práticas de apoio no contexto onde o mesmo é prestado.

Os destinatários serão ainda informados sobre a natureza facultativa da sua participação e garantida confidencialidade no tratamento.

## II. Da Análise

Porque em grande parte referentes à saúde e à vida privada, os dados dos participantes têm a natureza de sensíveis, razão pela qual o respetivo tratamento só pode basear-se no consentimento expresso, esclarecido e livre dos titulares dos dados, nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 7.º da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro (LPD), ou dos seus legais representantes.

Por esta razão é necessário o «consentimento expresso do titular», entendendo-se por consentimento qualquer manifestação de vontade, livre, específica e informada, nos termos da qual o titular aceita que os seus dados sejam objeto de tratamento, o qual deve ser obtido através de uma "declaração de consentimento informado" onde seja utilizada uma linguagem clara e acessível.

Nos termos do artigo 10.º da LPD, a declaração de consentimento tem de conter a identificação do responsável pelo tratamento e a finalidade do tratamento, devendo ainda conter informação sobre a existência e as condições do direito de acesso e de retificação por parte do respetivo titular.



A informação tratada é recolhida de forma lícita (artigo 5.º, n.º1 alínea a) da LPD), para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (cf. alínea b) do mesmo artigo) e a informação recolhida não é excessiva.

Estando em causa o tratamento de dados pessoais sensíveis, como é o caso, a responsável pelo tratamento de dados deve adotar as medidas de segurança da informação previstas no artigo 15.º da LPD. Tais medidas devem aplicar-se tanto aos dados contidos em ficheiros automatizados, como aos dados manuais. Importa ainda ter em atenção os procedimentos concretos quanto às formas de recolha, processamento e circulação da informação.

Independentemente das medidas de segurança adotadas pelo responsável pelo tratamento, é a este que cabe garantir o resultado da efetiva segurança da informação.

### III. Da Conclusão

Assim, de acordo com as disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º1 do artigo 28.º e do n.º 1 do artigo 30.º da LPD, autoriza-se o tratamento, nos seguintes termos e com as seguintes condições:

Responsável pelo tratamento: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, CRL

Finalidade: estudo observacional denominado "Análise de práticas no âmbito das Equipas Locais de Intervenção e da Educação Especial".

Categoria de Dados pessoais tratados:

Relativos às crianças – Código de identificação, dados sociodemográficos (idade; género; diagnóstico; duração do apoio especial), análise documental dos processos das crianças, entrevista às famílias - Escala de Intervenção Focada na Família - versão real pais e versão importância pais,

Relativos aos técnicos - Dados sociodemográficos dos técnicos (profissão; tempo de intervenção na equipa local de intervenção e educação especial; tempo de intervenção com a criança), entrevista aos docentes das equipas de intervenção precoce e aos

3



docentes de educação especial dos agrupamentos de escolas - Escala de Intervenção Focada na Família - versão real técnicos e versão importância técnicos, observação das práticas de apoio dos profissionais - Escala de Perfil de Sala Inclusiva.

Entidades a quem podem ser comunicados: Não há.

Formas de exercício do direito de acesso e retificação: Junto da responsável pelo tratamento.

Interconexões de tratamentos: Não há.

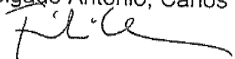
Transferências de dados para países terceiros: Não há

Prazo de conservação: Os códigos de identificação deverão ser destruídos um mês após a defesa da Tese.

Da presente Autorização decorrem obrigações que o responsável deve cumprir. Deve, igualmente, dar conhecimento dessas condições a todos os intervenientes no circuito de informação.

Lisboa, 18 de março de 2014

Ana Roque, Luís Paiva de Andrade, Maria Cândida Guedes de Oliveira, Helena Delgado António, Carlos Campos Lobo, Luís Barroso (Relator)

  
Filipa Calvão (Presidente)

**Anexo 2 – Autorização da Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar**

## Um estudo comparativo

IOL Webmail :: Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar...

[http://webmail.iol.pt/?\\_task=mail&\\_action=print&\\_uid=113...](http://webmail.iol.pt/?_task=mail&_action=print&_uid=113...)

Assunto **Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar:  
Inquérito nº 0439000002**

Remetente <mime-noreply@gepe.min-edu.pt>,  
Para <dseverino@iol.pt>, <dseverino@iol.pt>,  
Data 21-04-2014 17:39



Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0439000002, com a designação *Análise de Práticas no Âmbito das Equipas Locais de Intervenção e da Educação Especial: Um estudo comparativo*, registado em 14-04-2014, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo(a) Senhor(a) Dr(a) Maria Dulce Tiago Moreira Duarte  
Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.  
Com os melhores cumprimentos  
José Vitor Pedroso  
Diretor de Serviços de Projetos Educativos  
DGE

Observações:

- a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público contactados para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, devendo fazer-se em estreita articulação com a Direção do Agrupamento.
- b) Devem ser cumpridas as disposições da Autorização da CNPD n.º 3108/2014 de 18 de março.
- c) Informa-se ainda que, de acordo com a natureza jurídica da Direção-Geral da Educação (DGE), publicada pelo Decreto-Lei n.º 14/2012 de 20 de janeiro, - atribuições no nível da educação pré-escolar, dos ensinos básico e secundário e educação extra-escolar - conjugada com o enquadramento legal específico dos pedidos de autorização para aplicação de inquéritos/realização de estudo de investigação em meio escolar (Despacho N.º 15847/2007, publicado no DR 2ª série n.º 140 de 23 de julho), a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos/questionários ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privados.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by **MailScanner**, and is believed to be clean.

**Anexo 3 - Escala de intervenção focada na família Versão pais/Versão  
técnicos e Importância pais/Importância técnicos**

### Escala de Intervenção focada na família – versão pais

*Family Focused Intervention Scale* de Mahoney, O'Sullivan e Dennenbaum (1990)  
adaptada por Pimentel (2003a)

Número de código (dos pais):

Data do Nascimento:

Data da Entrevista:

Diagnóstico:

Há quanto tempo tem PIIP/PEI:

Escala respondida por (parentesco com a criança):

Estamos interessados em saber se o Programa de Intervenção Precoce na Infância/Educação Especial 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)/Programa Educativo Individual (PEI).

Todos os dados obtidos são confidenciais.

Muito obrigada.

Com que frequência, o Técnico de IPI/EE:	Nunca	Às vezes			Sempre	
1 - Discute os objectivos globais do PIIP/PEI	1	2	3	4	5	6
2 - Lhe pergunta o que espera concretamente do PIIP/PEI 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

## Um estudo comparativo

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
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 - Quer que você escolha o que fazer no PIIP/PEI	1	2	3	4	5	6
22 -. Lhe pergunta como quer participar no PIIP/PEI	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 stresse	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

## Um estudo comparativo

29 -. Lhe pergunta se gostava que outros profissionais dessem opinião sobre o caso do seu filho	1	2	3	4	5	6
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 – versão técnicos**

*Family Focused Intervention Scale* de Mahoney, O'Sullivan e Dennenbaum (1990)  
adaptada por Pimentel (2003a)

Número de código (dos técnicos):

Data do Nascimento:

Data da Entrevista:

Diagnóstico:

Escala respondida pelo técnico:

Profissão:

Desde quando tempo trabalha em IPI/EE?

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/Educação Especial 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/EE:	Nunca	Às vezes				Sempre
1 - Discute com a família os objectivos globais do PIIP/PEI	1	2	3	4	5	6
2 - Pergunta à família o que espera concretamente do PIIP/PEI 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

## Um estudo comparativo

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
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/PEI	1	2	3	4	5	6
22 - Pergunta à família como quer participar no PIIP/PEI	1	2	3	4	5	6
23 - 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 stresse	1	2	3	4	5	6

## Um estudo comparativo

26 - Ajuda a família conseguir ter tempo para si própria	1	2	3	4	5	6
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 pais

*Family Focused Intervention Scale* de Mahoney, O’Sullivan e Dennenbaum (1990)  
adaptada por Pimentel (2003a)

Número de código (dos pais):

Data do Nascimento:

Data da Entrevista:

Diagnóstico:

Há quanto tempo tem PIIP/PEI:

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)/Educação Especial (EE) 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) ou do Programa Educativo Individual (PEI).

Todos os dados obtidos são confidenciais.

Muito obrigada.

Gostaria que o técnico do seu PIIP/PEI	Nunca	Às vezes	Sempre			
1 - Discutisse os objetivos globais do PIIP/PEI	1	2	3	4	5	6
2 - Lhe perguntasse o que espera concretamente do PIIP/PEI 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

## Um estudo comparativo

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
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/PEI	1	2	3	4	5	6
22 - Lhe perguntasse como quer participar no PIIP/PEI	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 stresse	1	2	3	4	5	6
26 - A ajudasse a conseguir ter tempo para si	1	2	3	4	5	6

## Um estudo comparativo

própria						
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
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 – importância técnicos

*Family Focused Intervention Scale* de Mahoney, O'Sullivan e Dennenbaum (1990)  
adaptada por Pimentel (2003a)

Número de código (dos técnicos):

Escala respondida pelo técnico:

Data da Entrevista:

Profissão:

Desde quando trabalha em IPI/EE?

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/Educação Especial 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.

Considera importante, no seu trabalho de IPI/EE:	Nunca	Às vezes				Sempre
1 - Discutir com a família os objectivos globais do PIIP/PEI	1	2	3	4	5	6
2 - Perguntar à família o que espera concretamente do PIIP/PEI 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	1	2	3	4	5	6

## Um estudo comparativo

resultados das avaliações/relatórios que a criança tem						
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/PEI	1	2	3	4	5	6
22 - Perguntar à família como quer participar no PIIP/PEI	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 stresse	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

## Um estudo comparativo

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 4 - Guião de entrevista**

## GUIÃO DE ENTREVISTA À MÃE

- Fale um pouco da sua experiência enquanto mãe, nos dois processos – ELI (intervenção precoce) e MEC (Ministério da Educação):

Questão 1 - A que serviços recorreu para o seu filho ter apoio, como chegou à Intervenção Precoce?

Questão 2 - Como teve conhecimento da ELI, como chegou à ELI?

Questão 3 - Quantos anos o seu filho foi acompanhado por cada uma das equipas (ELI e equipa da EE)?

Questão 4 - Sentiu-se ouvida pelos profissionais ao longo do tempo, pela ELI e depois no MEC?

Questão 5 - Sentiu que participou nestes dois processos?

Questão 6 – Era costume perguntarem-lhe o que queria para o seu filho?

Questão 7 - Para que tipo de tarefas era mais solicitada? Pediam-lhe para fazer algum trabalho em casa?

Questão 8 - Que tipo de trabalho tem sido feito com o seu filho?

Questão 9 - Que tipo de trabalho tem sido feito consigo?

Questão 10 - O que lhe parece ao longo destes anos, da quantidade dos apoios disponibilizados para o seu filho, foram suficientes, deviam ter sido mais?

Questão 11 - Como se mantinha informada dos apoios prestados ao seu filho? Diziam-lhe ou tinha de perguntar?

Questão 12 - Que tipo de informação lhe era passada sobre a situação do seu filho? Era o que estavam a fazer com ele?

Questão 13 - Acha que o tipo de programa de apoio ao seu filho, se adapta à sua vida familiar?

Questão 14 - Teve conhecimento se houve articulação entre a ELI e o MEC na passagem para a rede pública? Sentiu que houve articulação?

Questão 15 - Como foi a transição por parte do seu filho, notou que houve algum problema?

Questão 16 – Como mãe, sentiu-se apoiada nessa transição?

Questão 17 - Que diligências teve de tomar? Falou com algum dos profissionais?

Questão 18 - Teria mudado alguma coisa no apoio prestado pela ELI e pelo MEC?

Questão 19 – Considera que estas opções – apoio pela ELI e pelo MEC foram as melhores para apoiar o seu filho ou acha que em Portugal havia alguma *coisa* melhor?

Questão 20 - Este tipo de programas corresponderam ao que desejava para o seu filho?

Questão 21 - O seu filho foi apoiado por outros serviços externos, antes e durante estes apoios?

Questão 22 - Algum dos dois serviços lhe prestou algum tipo de apoio/suporte emocional enquanto mãe desta criança ou algum apoio/suporte relativamente a outros problemas com a família?

Questão 23 - Foi orientada por algum destes 2 serviços para outros serviços/profissionais que o seu filho necessitasse?

Questão 24 - Teve oportunidade de contactar com pais de outras crianças com problemas, organizado por algum destes serviços?

Questão 25 - Teve a oportunidade de fazer formação de pais, organizado por algum destes serviços?

Questão 26 - O que mais gostaria de acrescentar sobre os apoios que foram prestados ao seu filho ao longo destes anos pelos dois serviços?

**Anexo 5 - *Outputs* estatísticos organizados em tabelas sumárias**

**NORMALIDADE**

**Observações**

Saída criada			18-DEC-2017 11:57:38
Comentários			
Entrada	Dados	C:\Users\Utilizador\Desktop\BASE DE DADOS - EIFF\tese BD.sav	
	Conjunto de dados ativo	Conjunto_de_dados1	
	Filtro	<none>	
	Ponderação	<none>	
	Arquivo Dividido	<none>	
	N de linhas em arquivo de dados de trabalho		72
Tratamento de valor ausente	Definição de ausente	Os valores ausentes definidos pelo usuário para variáveis dependentes são tratados como ausentes.	
	Casos utilizados	As estatísticas são baseadas em casos sem valores ausentes para qualquer variável dependente ou fator usado.	
Sintaxe		EXAMINE VARIABLES=ServFocadosCria ServFocadosFam ImpSFC ImpSFF BY Grupo /PLOT NPLOT /STATISTICS NONE /CINTERVAL 95 /MISSING LISTWISE /NOTOTAL.	
Recursos	Tempo do processador		00:00:06,40
	Tempo decorrido		00:00:06,90

**Grupo**

**Resumo de processamento do caso**

	Grupo	Casos					
		Válido		Ausente		Total	
		N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
ServFocadosCria	Pais	36	100,0%	0	0,0%	36	100,0%
	Técnicos	36	100,0%	0	0,0%	36	100,0%
ServFocadosFam	Pais	36	100,0%	0	0,0%	36	100,0%
	Técnicos	36	100,0%	0	0,0%	36	100,0%
ImpSFC	Pais	36	100,0%	0	0,0%	36	100,0%
	Técnicos	36	100,0%	0	0,0%	36	100,0%
ImpSFF	Pais	36	100,0%	0	0,0%	36	100,0%
	Técnicos	36	100,0%	0	0,0%	36	100,0%

**Testes de Normalidade**

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
ServFocadosCria	Pais	,134	36	,100	,861	36	,000
	Técnicos	,139	36	,076	,901	36	,004
ServFocadosFam	Pais	,126	36	,161	,908	36	,006
	Técnicos	,073	36	,200*	,967	36	,356
ImpSFC	Pais	,133	36	,105	,943	36	,064
	Técnicos	,165	36	,014	,896	36	,003
ImpSFF	Pais	,151	36	,037	,978	36	,678
	Técnicos	,181	36	,004	,867	36	,000

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

**ESCALA DE INTERVENÇÃO FOCADA NA FAMÍLIA – VERSÃO PAIS E VERSÃO  
TÉCNICOS - QUANTIDADE**

**Frequências**

		Estatísticas	
		Grupo	Contexto
N	Válido	72	72
	Ausente	0	0

**Tabela de Frequência**

		Grupo		
		Frequência	Percentagem	Percentagem
			válida	acumulativa
Válido	pais	36	50,0	50,0
	técnicos	36	50,0	100,0
	Total	72	100,0	100,0

**Tabulações cruzadas**

**Característica da amostra**

Contexto * Grupo Tabulação cruzada					
			Grupo		Total
			pais	técnicos	
Contexto	Creche	Contagem	8	8	16
		% em Grupo	22,2%	22,2%	22,2%
	JIELI	Contagem	11	11	22
		% em Grupo	30,6%	30,6%	30,6%
	JIMEC	Contagem	11	11	22
		% em Grupo	30,6%	30,6%	30,6%
	Domicílio	Contagem	6	6	12
		% em Grupo	16,7%	16,7%	16,7%
Total	Contagem		36	36	72
	% em Grupo		100,0%	100,0%	100,0%

Resumos de caso

Grupo	Contexto		ServFocadosCria	ServFocadosFam	idade_ anos
pais	Creche	N	8	8	8
		Média	3,9943	2,3264	2,9896
		Mediana	4,6136	1,9722	3,0833
		Mínimo	1,00	1,00	2,42
		Máximo	5,64	4,50	3,33
		Desvio Padrão	1,73638	1,42769	,32256
	JIELI	N	11	11	11
		Média	5,0496	2,6061	4,9773
		Mediana	5,1364	2,3889	4,8333
		Mínimo	4,14	1,28	3,58
		Máximo	5,64	4,33	6,92
		Desvio Padrão	,51404	1,05100	,97046
	JIMEC	N	11	11	11
		Média	3,8182	2,2424	5,4394
		Mediana	3,9091	1,5000	5,5833
		Mínimo	1,23	1,00	3,83
		Máximo	6,00	6,00	6,67
		Desvio Padrão	1,69052	1,52009	,80025
	Domicílio	N	6	6	6
		Média	5,0455	2,3333	2,6389
		Mediana	5,4318	2,3056	2,7500
Mínimo		3,68	1,56	1,75	
Máximo		6,00	3,22	3,42	
Desvio Padrão		1,01599	,64502	,68853	
Total	N	36	36	36	
	Média	4,4381	2,3873	4,2870	
	Mediana	4,8182	2,1111	4,5417	
	Mínimo	1,00	1,00	1,75	
	Máximo	6,00	6,00	6,92	
	Desvio Padrão	1,41033	1,21073	1,39933	
técnicos	Creche	N	8	8	8
		Média	4,4886	3,9028	2,9896
		Mediana	4,8409	4,2778	3,0833
		Mínimo	1,95	2,00	2,42
		Máximo	5,73	5,44	3,33
		Desvio Padrão	1,26196	1,32629	,32256
	JIELI	N	11	11	11

## Um estudo comparativo

		Média	5,3099	3,9444	4,9773
		Mediana	5,3182	3,6667	4,8333
		Mínimo	4,50	2,00	3,58
		Máximo	6,00	5,94	6,92
		Desvio Padrão	,43685	1,32311	,97046
JIMEC	N		11	11	11
		Média	4,2851	3,8384	5,4394
		Mediana	4,4545	4,0000	5,5833
		Mínimo	3,00	1,89	3,83
		Máximo	5,45	5,39	6,67
		Desvio Padrão	,64925	,96015	,80025
Domicílio	N		6	6	6
		Média	5,4318	4,2500	2,6389
		Mediana	5,5909	4,1944	2,7500
		Mínimo	4,64	2,67	1,75
		Máximo	5,91	5,94	3,42
		Desvio Padrão	,47911	1,06270	,68853
Total	N		36	36	36
		Média	4,8346	3,9537	4,2870
		Mediana	5,0455	4,0000	4,5417
		Mínimo	1,95	1,89	1,75
		Máximo	6,00	5,94	6,92
		Desvio Padrão	,88355	1,13867	1,39933
Total	Creche	N	16	16	16
		Média	4,2415	3,1146	2,9896
		Mediana	4,6818	3,0833	3,0833
		Mínimo	1,00	1,00	2,42
		Máximo	5,73	5,44	3,33
		Desvio Padrão	1,48841	1,56037	,31162
JIELI	N		22	22	22
		Média	5,1798	3,2753	4,9773
		Mediana	5,2273	3,0000	4,8333
		Mínimo	4,14	1,28	3,58
		Máximo	6,00	5,94	6,92
		Desvio Padrão	,48420	1,35232	,94707
JIMEC	N		22	22	22
		Média	4,0517	3,0404	5,4394
		Mediana	4,2273	3,1389	5,5833
		Mínimo	1,23	1,00	3,83
		Máximo	6,00	6,00	6,67

## Um estudo comparativo

	Desvio Padrão	1,27229	1,48540	,78097
Domicílio	N	12	12	12
	Média	5,2386	3,2917	2,6389
	Mediana	5,5455	3,0556	2,7500
	Mínimo	3,68	1,56	1,75
	Máximo	6,00	5,94	3,42
	Desvio Padrão	,78374	1,30550	,65649
Total	N	72	72	72
	Média	4,6364	3,1705	4,2870
	Mediana	4,9545	3,0833	4,5417
	Mínimo	1,00	1,00	1,75
	Máximo	6,00	6,00	6,92
	Desvio Padrão	1,18541	1,40846	1,38944

## Testes não paramétricos - Comparação geral técnicos vs pais

## Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de ServFocadosCria é a mesma entre as categorias de Grupo.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,382	Retetar a hipótese nula.
2	A distribuição de ServFocadosFam é a mesma entre as categorias de Grupo.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,000	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

## Testes não paramétricos - Comparação geral em função do contexto

## Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de ServFocadosCria é a mesma entre as categorias de Contexto.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,001	Rejeitar a hipótese nula.
2	A distribuição de ServFocadosFam é a mesma entre as categorias de Contexto.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,934	Retetar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

## Testes não paramétricos - SÓ PAIS - Comparação em função do contexto

**Resumo de Teste de Hipótese**

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de ServFocadosCria é a mesma entre as categorias de Contexto.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,249	Retetar a hipótese nula.
2	A distribuição de ServFocadosFam é a mesma entre as categorias de Contexto.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,584	Retetar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05

**Testes não paramétricos - SÓ TÉCNICOS - Comparação em função do contexto**

**Resumo de Teste de Hipótese**

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de ServFocadosCria é a mesma entre as categorias de Contexto.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,002	Rejeitar a hipótese nula.
2	A distribuição de ServFocadosFam é a mesma entre as categorias de Contexto.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,941	Retetar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

**Testes não paramétricos - SÓ CRECHE - Comparação pais vs. técnicos**

**Resumo de Teste de Hipótese**

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de ServFocadosCria é a mesma entre as categorias de Grupo.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,505 <sup>1</sup>	Retetar a hipótese nula.
2	A distribuição de ServFocadosFam é a mesma entre as categorias de Grupo.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,028 <sup>1</sup>	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

<sup>1</sup>A exata significância é exibida para este teste.

## Um estudo comparativo

## Testes não paramétricos - SÓ JIELI - Comparação pais vs. técnicos

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de ServFocadosCria é a mesma entre as categorias de Grupo.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,270 <sup>1</sup>	Retetar a hipótese nula.
2	A distribuição de ServFocadosFam é a mesma entre as categorias de Grupo.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,023 <sup>1</sup>	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

<sup>1</sup>A exata significância é exibida para este teste.

## Testes não paramétricos - SÓ JIMEC - Comparação pais vs. técnicos

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de ServFocadosCria é a mesma entre as categorias de Grupo.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,332 <sup>1</sup>	Retetar a hipótese nula.
2	A distribuição de ServFocadosFam é a mesma entre as categorias de Grupo.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,004 <sup>1</sup>	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

<sup>1</sup>A exata significância é exibida para este teste.

## Testes não paramétricos - SÓ DOMICÍLIO - Comparação pais vs. técnicos

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de ServFocadosCria é a mesma entre as categorias de Grupo.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,699 <sup>1</sup>	Retetar a hipótese nula.
2	A distribuição de ServFocadosFam é a mesma entre as categorias de Grupo.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,009 <sup>1</sup>	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

<sup>1</sup>A exata significância é exibida para este teste.

**ESCALA DE INTERVENÇÃO FOCADA NA FAMÍLIA – VERSÃO PAIS E VERSÃO TÉCNICOS – IMPORTÂNCIA**

**Resumir**

**Resumo de processamento do caso**

	Casos					
	Incluídos		Excluídos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
ImpSFC * Grupo *	72	100,0%	0	0,0%	72	100,0%
Contexto						
ImpSFF * Grupo * Contexto	72	100,0%	0	0,0%	72	100,0%

**Resumos de caso**

Grupo	Contexto		ImpSFC	ImpSFF
pais	Creche	N	8	8
		Média	5,1818	3,7778
		Mediana	5,2727	4,0000
		Mínimo	4,18	2,67
		Máximo	5,86	4,61
		Desvio Padrão	,60008	,72253
JIELI		N	11	11
		Média	5,1983	3,0202
		Mediana	5,1364	2,9444
		Mínimo	3,91	1,28
		Máximo	5,91	4,67
		Desvio Padrão	,53214	1,01144
JIMEC		N	11	11
		Média	5,1942	4,0303
		Mediana	5,3182	4,0556
		Mínimo	3,77	1,89
		Máximo	6,00	6,00
		Desvio Padrão	,70068	1,24558
Domicílio		N	6	6
		Média	5,2424	3,2407
		Mediana	5,2955	2,8611
		Mínimo	4,32	2,11
		Máximo	6,00	4,78
		Desvio Padrão	,68855	1,01268
Total	N		36	36

## Um estudo comparativo

		Média	5,2008	3,5340
		Mediana	5,2727	3,4444
		Mínimo	3,77	1,28
		Máximo	6,00	6,00
		Desvio Padrão	,60110	1,08406
tecnicos	Creche	N	8	8
		Média	5,2386	4,7778
		Mediana	5,2955	5,1944
		Mínimo	4,23	2,39
		Máximo	6,00	6,00
		Desvio Padrão	,63764	1,17889
	JIELI	N	11	11
		Média	5,5909	4,7626
		Mediana	5,6364	5,1667
		Mínimo	4,73	2,61
		Máximo	6,00	5,94
		Desvio Padrão	,32778	1,11557
	JIMEC	N	11	11
		Média	4,9669	5,1263
		Mediana	5,0455	5,3333
		Mínimo	3,77	4,17
		Máximo	5,55	5,78
		Desvio Padrão	,48023	,50984
Domicílio	N	6	6	
	Média	5,8106	5,2685	
	Mediana	5,7955	5,1667	
	Mínimo	5,68	4,56	
	Máximo	5,91	5,89	
	Desvio Padrão	,08822	,49368	
Total	N	36	36	
	Média	5,3586	4,9614	
	Mediana	5,5455	5,2222	
	Mínimo	3,77	2,39	
	Máximo	6,00	6,00	
	Desvio Padrão	,53151	,88738	
Total	Creche	N	16	16
		Média	5,2102	4,2778
		Mediana	5,2727	4,2500
		Mínimo	4,18	2,39
		Máximo	6,00	6,00

## Um estudo comparativo

	Desvio Padrão	,59887	1,07650
JIELI	N	22	22
	Média	5,3946	3,8914
	Mediana	5,5455	3,8889
	Mínimo	3,91	1,28
	Máximo	6,00	5,94
	Desvio Padrão	,47578	1,36928
JIMEC	N	22	22
	Média	5,0806	4,5783
	Mediana	5,1364	4,7500
	Mínimo	3,77	1,89
	Máximo	6,00	6,00
	Desvio Padrão	,59760	1,08496
Domicílio	N	12	12
	Média	5,5265	4,2546
	Mediana	5,7727	4,6667
	Mínimo	4,32	2,11
	Máximo	6,00	5,89
	Desvio Padrão	,55415	1,30321
Total	N	72	72
	Média	5,2797	4,2477
	Mediana	5,4091	4,3611
	Mínimo	3,77	1,28
	Máximo	6,00	6,00
	Desvio Padrão	,56894	1,21823

### Testes não paramétricos

**Resumo de Teste de Hipótese**

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de ImpSFC é a mesma entre as categorias de Grupo.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,274	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de ImpSFF é a mesma entre as categorias de Grupo.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,000	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,

### Testes não paramétricos - comparação pais em função do contexto

**Resumo de Teste de Hipótese**

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de ImpSFC é a mesma entre as categorias de Contexto.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,993	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de ImpSFF é a mesma entre as categorias de Contexto.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,175	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância

### Testes não paramétricos - comparação técnicos em função do contexto

**Resumo de Teste de Hipótese**

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de ImpSFC é a mesma entre as categorias de Contexto.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,001	Rejeitar a hipótese nula.
2	A distribuição de ImpSFF é a mesma entre as categorias de Contexto.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,917	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é

## Um estudo comparativo

## Testes não paramétricos - comparação pais/técnicos só creche

## Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de ImpSFC é a mesma entre as categorias de Grupo.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,878 <sup>1</sup>	Retar a hipótese nula.
2	A distribuição de ImpSFF é a mesma entre as categorias de Grupo.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,083 <sup>1</sup>	Retar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é

<sup>1</sup>A exata significância é exibida para este teste.

## Testes não paramétricos - comparação pais/técnicos só JIELI

## Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de ImpSFC é a mesma entre as categorias de Grupo.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,028 <sup>1</sup>	Rejeitar a hipótese nula.
2	A distribuição de ImpSFF é a mesma entre as categorias de Grupo.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,002 <sup>1</sup>	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,

<sup>1</sup>A exata significância é exibida para este teste.

## Testes não paramétricos - comparação pais/técnicos só JIMEC

## Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de ImpSFC é a mesma entre as categorias de Grupo.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,300 <sup>1</sup>	Retar a hipótese nula.
2	A distribuição de ImpSFF é a mesma entre as categorias de Grupo.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,023 <sup>1</sup>	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,

<sup>1</sup>A exata significância é exibida para este teste.

**Testes não paramétricos - comparação pais/técnicos só domicílio**

**Resumo de Teste de Hipótese**

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de ImpSFC é a mesma entre as categorias de Grupo.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,310 <sup>1</sup>	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de ImpSFF é a mesma entre as categorias de Grupo.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,004 <sup>1</sup>	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,

<sup>1</sup>A exata significância é exibida para este teste.

**Testes não paramétricos - comparação recebidos/importância só pais**

**Resumo de Teste de Hipótese**

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A mediana das diferenças entre ServFocadosCria e ImpSFC é igual a 0.	Teste dos postos sinalizados de Wilcoxon de Amostras Relacionadas	,001	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

**Testes não paramétricos - comparação recebido/importância só técnicos**

**Resumo de Teste de Hipótese**

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A mediana das diferenças entre ServFocadosFam e ImpSFF é igual a 0.	Teste dos postos sinalizados de Wilcoxon de Amostras Relacionadas	,000	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

**Correlações - só pais**

		Correlações				
		idade	ServFocadosCria	ServFocadosFam	ImpSFC	ImpSFF
idade	Correlação de Pearson	1	-,034	,199	,019	,285
	Sig. (2 extremidades)		,845	,246	,913	,092
	N	36	36	36	36	36
ServFocadosCria	Correlação de Pearson	-,034	1	,538**	,268	-,155
	Sig. (2 extremidades)	,845		,001	,114	,367
	N	36	36	36	36	36
ServFocadosFam	Correlação de Pearson	,199	,538**	1	,128	,440**
	Sig. (2 extremidades)	,246	,001		,458	,007
	N	36	36	36	36	36
ImpSFC	Correlação de Pearson	,019	,268	,128	1	,187
	Sig. (2 extremidades)	,913	,114	,458		,274
	N	36	36	36	36	36
ImpSFF	Correlação de Pearson	,285	-,155	,440**	,187	1
	Sig. (2 extremidades)	,092	,367	,007	,274	
	N	36	36	36	36	36

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

**Correlações não paramétricas - só pais**

**Correlações**

			idade	ServFocadosC ria	ServFocadosF am	ImpSFC	ImpSFF
rô de Spearman	idade	Coeficiente de Correlação	1,000	-,095	,096	,062	,272
		Sig. (2 extremidades)	.	,580	,578	,717	,108
		N	36	36	36	36	36
ServFocadosCria	idade	Coeficiente de Correlação	-,095	1,000	,548**	,478**	-,112
		Sig. (2 extremidades)	,580	.	,001	,003	,514
		N	36	36	36	36	36
ServFocadosFam	idade	Coeficiente de Correlação	,096	,548**	1,000	,045	,272
		Sig. (2 extremidades)	,578	,001	.	,794	,108
		N	36	36	36	36	36
ImpSFC	idade	Coeficiente de Correlação	,062	,478**	,045	1,000	,209
		Sig. (2 extremidades)	,717	,003	,794	.	,221
		N	36	36	36	36	36
ImpSFF	idade	Coeficiente de Correlação	,272	-,112	,272	,209	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,108	,514	,108	,221	.
		N	36	36	36	36	36

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

**Correlações – só técnicos**

**Correlações**

		idade	ServFocados Cria	ServFocadosF am	ImpSFC	ImpSFF
idade	Correlação de Pearson	1	-,124	-,007	-,268	,084
	Sig. (2 extremidades)		,470	,968	,114	,626
	N	36	36	36	36	36
ServFocadosCria	Correlação de Pearson	-,124	1	,407*	,725**	,338*
	Sig. (2 extremidades)	,470		,014	,000	,044
	N	36	36	36	36	36
ServFocadosFam	Correlação de Pearson	-,007	,407*	1	,325	,397*
	Sig. (2 extremidades)	,968	,014		,053	,016
	N	36	36	36	36	36
ImpSFC	Correlação de Pearson	-,268	,725**	,325	1	,302
	Sig. (2 extremidades)	,114	,000	,053		,073
	N	36	36	36	36	36
ImpSFF	Correlação de Pearson	,084	,338*	,397*	,302	1
	Sig. (2 extremidades)	,626	,044	,016	,073	
	N	36	36	36	36	36

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

\*\*. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

## Um estudo comparativo

## Correlações não paramétricas - só técnicos

			Correlações				
			idade	ServFocado sCria	ServFocado sFam	ImpSFC	ImpSFF
rô de Spearman	idade	Coeficiente de Correlação	1,000	-,281	-,017	-,366*	,057
		Sig. (2 extremidades)	.	,096	,921	,028	,740
		N	36	36	36	36	36
ServFocadosCria	Coeficiente de Correlação	-,281	1,000	,411*	,775**	,186	
	Sig. (2 extremidades)	,096	.	,013	,000	,279	
	N	36	36	36	36	36	
ServFocadosFam	Coeficiente de Correlação	-,017	,411*	1,000	,245	,432**	
	Sig. (2 extremidades)	,921	,013	.	,149	,009	
	N	36	36	36	36	36	
ImpSFC	Coeficiente de Correlação	-,366*	,775**	,245	1,000	,447**	
	Sig. (2 extremidades)	,028	,000	,149	.	,006	
	N	36	36	36	36	36	
ImpSFF	Coeficiente de Correlação	,057	,186	,432**	,447**	1,000	
	Sig. (2 extremidades)	,740	,279	,009	,006	.	
	N	36	36	36	36	36	

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

## TEMPO DE SERVIÇO DOS TÉCNICOS

### Descritivos

#### Observações

Saída criada		03-JAN-2018 15:01:57
Comentários		
Entrada	Dados	C:\Users\Utilizador\Desktop\tese BD.sav
	Conjunto de dados ativo	Conjunto_de_dados1
	Filtro	<none>
	Ponderação	<none>
	Arquivo Dividido	<none>
	N de linhas em arquivo de dados de trabalho	72
Tratamento de valor ausente	Definição de ausente	Os valores ausentes definidos pelo usuário são tratados como ausentes.
	Casos utilizados	Todos os dados não faltantes são usados.
Sintaxe		DESCRIPTIVES VARIABLES=TempoS_anos /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
Recursos	Tempo do processador	00:00:00,00
	Tempo decorrido	00:00:00,02

[Conjunto\_de\_dados1] C:\Users\Utilizador\Desktop\tese BD.sav

#### Estatísticas descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
TempoS_anos	36	,17	28,00	7,1644	6,13905
N válido (de lista)	36				

## Correlações

### Observações

Saída criada		03-JAN-2018 15:02:37
Comentários		
Entrada	Dados	C:\Users\Utilizador\Desktop\tese BD.sav
	Conjunto de dados ativo	Conjunto_de_dados1
	Filtro	<none>
	Ponderação	<none>
	Arquivo Dividido	<none>
	N de linhas em arquivo de dados de trabalho	72
Tratamento de valor ausente	Definição de ausente	Os valores ausentes definidos pelo usuário são tratados como ausentes.
	Casos utilizados	As estatísticas para cada par de variáveis são baseadas em todos os casos com dados válidos para aquele par.
Sintaxe		CORRELATIONS /VARIABLES=ServFocadosCria ServFocadosFam ImpSFC ImpSFF TempoS_anos /PRINT=TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE.
Recursos	Tempo do processador	00:00:00,02
	Tempo decorrido	00:00:00,02

Correlações

		ServFocadosCria	ServFocadosFam	ImpSFC	ImpSFF	TempoS_ anos
		a	m			
ServFocadosCria	Correlação de Pearson	1	,486**	,438**	,109	,157
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000	,361	,361
	N	72	72	72	72	36
ServFocadosFam	Correlação de Pearson	,486**	1	,256*	,612**	,184
	Sig. (2 extremidades)	,000		,030	,000	,282
	N	72	72	72	72	36
ImpSFC	Correlação de Pearson	,438**	,256*	1	,271*	-,109
	Sig. (2 extremidades)	,000	,030		,021	,526
	N	72	72	72	72	36
ImpSFF	Correlação de Pearson	,109	,612**	,271*	1	-,061
	Sig. (2 extremidades)	,361	,000	,021		,723
	N	72	72	72	72	36
TempoS_ anos	Correlação de Pearson	,157	,184	-,109	-,061	1
	Sig. (2 extremidades)	,361	,282	,526	,723	
	N	36	36	36	36	36

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

\* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

**Correlações não paramétricas**

**Observações**

Saída criada		03-JAN-2018 15:02:37
Comentários		
Entrada	Dados	C:\Users\Utilizador\Desktop\tese BD.sav
	<u>Conjunto de dados ativo</u>	Conjunto_de_dados1
	Filtro	<none>
	Ponderação	<none>
	<u>Arquivo Dividido</u>	<none>
Tratamento de valor ausente	N de linhas em arquivo de dados de trabalho	72
	Definição de ausente	Os valores ausentes definidos pelo usuário são tratados como ausentes.
	Casos utilizados	As estatísticas para cada par de variáveis são baseadas em todos os casos com dados válidos para aquele par.
Sintaxe	NONPAR CORR /VARIABLES=ServFocadosCria ServFocadosFam ImpSFC ImpSFF TempoS_anos /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE.	
Recursos	Tempo do processador	00:00:00,02
	<u>Tempo decorrido</u>	00:00:00,02
	Número de Casos Permitidos	104857 casos <sup>a</sup>

Correlações

			ServFocados Cria	ServFocados Fam	Imp SFC	Imp SFF	TempoS anos
rô de Spearman	ServFocadosCria	Coefficiente de Correlação	1,000	,432**	,623**	,121	,173
		Sig. (2 extremidades)	.	,000	,000	,310	,314
		N	72	72	72	72	36
ServFocadosFam	ServFocadosFam	Coefficiente de Correlação	,432**	1,000	,190	,605**	,215
		Sig. (2 extremidades)	,000	.	,110	,000	,209
		N	72	72	72	72	36
ImpSFC	ImpSFC	Coefficiente de Correlação	,623**	,190	1,000	,331**	-,038
		Sig. (2 extremidades)	,000	,110	.	,004	,826
		N	72	72	72	72	36
ImpSFF	ImpSFF	Coefficiente de Correlação	,121	,605**	,331**	1,000	-,076
		Sig. (2 extremidades)	,310	,000	,004	.	,661
		N	72	72	72	72	36
TempoS_anos	TempoS_anos	Coefficiente de Correlação	,173	,215	-,038	-,076	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,314	,209	,826	,661	.
		N	36	36	36	36	36

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).