



Lara Cristina Torres Simões

# **Intervenção Precoce na Infância - Desafios para os Profissionais**

Dissertação de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação e à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra sob orientação da Professora Doutora Teresa Sousa Machado.

julho, 2018



UNIVERSIDADE DE COIMBRA





**FEUC** FACULDADE DE ECONOMIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



**FPCEUC** FACULDADE DE PSICOLOGIA  
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Lara Cristina Torres Simões

# Intervenção Precoce na Infância - Desafios para os Profissionais

Dissertação de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo  
apresentado à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação e à Faculdade de  
Economia da Universidade de Coimbra sob orientação da Professora Doutora Teresa  
Sousa Machado.

julho, 2018



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



## AGRADECIMENTOS

A presente dissertação é sinónimo de que a vida de estudante terminou, os melhores anos terminaram. Ficam as recordações e um sentimento de realização pessoal e profissional. No entanto, todo o percurso académico só foi possível com o apoio de diversas pessoas que, direta ou indiretamente, impulsionaram a conclusão deste percurso.

Começo por agradecer, do fundo do coração, aos meus pais. Sinto-me grata por todo o esforço e dedicação daqueles que são a maior razão de todas as minhas conquistas. Foi através das suas lutas diárias, paciência e amor que me proporcionaram os melhores anos. Eles sempre deram o seu melhor para o meu melhor, e eu hoje dei o meu melhor para o melhor deles. São um orgulho, uma força, um pilar e, com simples gestos, deram-me forças para chegar até aqui. Obrigada!

Um especial agradecimento à minha irmã, por quem sinto imenso orgulho. Ela, que foi sempre a base de todas as soluções para os meus tropeços, que me encorajou a nunca desistir dos meus sonhos – não fosse ela uma sonhadora nata. Obrigada por tudo!

Agradeço às amigas mais distraídas e “despassaradas” que tenho, porque foram elas que estiveram presentes, tanto ao longo destes anos, como na elaboração deste trabalho. Sempre preocupadas e com motivação e alegria para dar e vender – são excecionais. Não esquecendo os amigos que estavam sempre prontos para as “noitadas”, mas que, com boa disposição e alento, me ajudaram a recarregar as baterias.

Um agradecimento especial a quem passou o tempo em jogos de computador, ao meu lado, não esquecendo o carinho e apoio fundamentais, que me guiaram para concluir esta etapa. Quando menos esperamos, as melhores pessoas aparecem e deixam um brilho especial.

Poderia dizer que tudo depende de nós próprios. Mas não só. A caminhada de cada um fica bem mais fácil, quando é feita cheia de amor e carinho, sendo eu uma pessoa de sorte, por ter uma família incansável e uns amigos fantásticos.

“Coração ao largo, vai tudo correr bem” – palavras dos meus pais, e eu confio.



## RESUMO

A Intervenção Precoce na Infância tem evoluído, ao longo dos anos. As suas práticas começaram por se focar apenas nas crianças dos zero aos seis anos de idade. Atualmente, o seu público-alvo são essas mesmas crianças, incluindo também as respetivas famílias e comunidades, tendo como base de aprendizagem e desenvolvimento as suas rotinas. Assim sendo, é necessário reformular os métodos de intervenção e o papel que os profissionais da área necessitam de adquirir, pois este também sofre múltiplas alterações, de forma a adequar-se às famílias e às suas rotinas. Desta forma, passa-se de uma intervenção precoce na infância centrada na criança para uma intervenção precoce na infância centrada na família, baseada nas rotinas, incluindo o meio social e os três ministérios predominantes da intervenção – Educação, Saúde e Segurança Social –, dando assim origem às Equipas Locais de Intervenção transdisciplinares.

Deste modo, este estudo tem como objetivo analisar se a Equipa Local de Intervenção do Centro de Saúde de Trancoso tem posto em prática as novas mudanças do modelo centrado na família e, conseqüentemente, perceber se as famílias necessitadas de intervenção são parte integrante da Equipa e a sua satisfação quanto ao serviço. Assim, o estudo conta com uma abordagem mista, através da aplicação de questionários, tanto aos profissionais da ELI como às famílias integradas. Tal permitiu verificar que a maioria dos profissionais desta ELI é dotada de formações em IPI, as quais possibilitam uma melhor ação perante os problemas existentes. Foi mencionado, através das questões abertas, que esta mudança de modelo não tem sido leve, sendo preciso ainda muito trabalho em relação ao novo papel dos profissionais. Em relação às famílias, verifica-se que estas possuem uma participação ativa, desde a elaboração do programa de intervenção até à sua execução, trazendo benefícios para o desenvolvimento da criança. Apesar da integração na Equipa e da satisfação, de um modo geral, em relação ao serviço da mesma, algumas famílias referem a necessidade de recorrer a outros serviços fora da ELI, em termos de profissionais ligados a problemas com a linguagem, devido ao elevado número de casos deste tipo pelos quais a ELI do Centro de Saúde de Trancoso é responsável.

**Palavras-chave:** Equipa Local de Intervenção; Intervenção Precoce na Infância; Famílias; Mudança; Transdisciplinar.



## ABSTRACT

Early Childhood Intervention (ECI) has evolved over the years. Their practices began by focusing only on children from zero to six years of age. Currently, its target audience is these children, including their families and communities, learning and developing their routines. Therefore, it is necessary to redefine the methods of intervention and the role that the professionals of the area need to achieve, since this also suffers multiple changes, in a way that it may suit families and their routines. Thus, we pass from a early childhood intervention focused on the child to early childhood intervention focused on their families, including the social environment and the three predominant ministries of intervention – Education, Health, and Social Security -, therefore giving birth to the transdisciplinary Local Intervention Teams (LIT).

So, this study aims to analyze whether the Local Intervention Team of Trancoso Health Center has implemented the new changes in the family-centered model and, consequently, to see if families in need of intervention are an integral part of the Team and your satisfaction with the service. Therefore, the study has a mixed approach, through the application of questionnaires, both to LIT professionals and to integrated families. This allowed to verify that the majority of the professionals of this LIT is endowed with formations in ECI, which make possible a better action before the existing problems. It was mentioned, through the open questions, that this change of model has not been light, and much work still needs to be done in relation to the new role of the professionals. In relation to the families, it is verified that these have an active participation, from the elaboration of the intervention program until its execution, bringing benefits to the development of the child. Despite the integration in the Team and the overall satisfaction with the service, some families refer to the need to use other services outside LIT in terms of professionals related to language problems due to the high number of cases of this type for which the LIT of Trancoso Health Center is responsible.

**Keywords:** Local Intervention Teams; Early Childhood Intervention; Families; Change; Transdisciplinary.



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADAPT – Adaptado

CERCIG – Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados da Guarda

CIT – Citado por

CPCJ – Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

DL – Decreto-Lei

ELI – Equipa Local de Intervenção

EUA – Estados Unidos da América

F[x] – Família [x]

IDEA – *Individuals with Disabilities Education Act*

IPI – Intervenção Precoce na Infância

MC – Mediador de Caso

ME – Ministério da Educação

NAEYC – *National Association for the Education of Young Children*

NEE – Necessidades Educativas Especiais

P[x] – Profissional [x]

PEI – Programa Educativo Individual

PIAF – Plano Individualizado de Apoio à Família

PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Elemento familiar que preenche o questionário .....	75
Gráfico 2 - Elementos familiares que tomam iniciativa e se dirigem ao serviço da ELI .....	76
Gráfico 3 - Idade dos familiares que preencheram os questionários .....	76
Gráfico 4 - Grau de escolaridade dos inquiridos .....	77
Gráfico 5 - Agregado Familiar .....	77
Gráfico 6 - Idade das Crianças .....	78
Gráfico 7 - Instituições que fizeram a referenciação dos casos.....	79
Gráfico 8 - Área de Residência das Famílias .....	79
Gráfico 9 - Género e idade dos profissionais da ELI.....	81
Gráfico 10 - Grau académico dos profissionais.....	81
Gráfico 11 - Área de especialização dos profissionais em relação aos Ministérios da IPI .....	82
Gráfico 12 - Formação e Experiência dos profissionais em IPI.....	83
Gráfico 13 - Mediadores de Caso existentes na ELI do Centro de Saúde de Trancoso .	84



## ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - SNIPI - Sistema transversal e intersectorial envolvendo Saúde, Educação e Segurança Social.....	7
Figura 2 - Estrutura do SNIPI.....	11
Figura 3 - ELI - Equipas interserviços e transdisciplinares .....	13
Figura 4 - Níveis de prevenção em IPI .....	16
Figura 5 - Sistema ecológico do desenvolvimento humano.....	20
Figura 6 - Componentes do Modelo de Avaliação e Intervenção e Relações .....	23
Figura 7 - Componentes de um modelo de IPI e apoio familiar integrado e Baseado na Evidência.....	25
Figura 8 - Evolução da Intervenção Precoce na Infância.....	28
Figura 9 - Componentes do modelo de práticas contextualmente mediadas .....	37
Figura 10 - Modelos de equipas em IPI .....	42
Figura 11 - Continuum da coordenação .....	44
Figura 12 - Três principais componentes do Modelo de práticas de intervenção baseadas nos recursos .....	46
Figura 13 - Diferentes abordagens de apoio à família .....	50
Figura 14 - Descrição dos vários encontros ao longo do ciclo de intervenção .....	57
Figura 15 - Passos da elaboração do PIIP .....	59
Figura 16 - Relações de impacto do profissional sobre os prestadores de cuidados e o desenvolvimento da criança .....	66
Figura 17 - Descrição dos Profissionais da ELI do Centro de Saúde de Trancoso .....	80



## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO .....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL .....	3
CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA.....	3
1. Enquadramento Histórico da Intervenção Precoce na Infância.....	3
1.1. Internacional.....	3
1.2. Portugal.....	6
1.2.1. Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP).....	9
1.2.2. Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) .....	10
1.2.3. Equipas Locais de Intervenção (ELI).....	12
1.3. Critérios de Elegibilidade da Intervenção Precoce na Infância.....	15
2. Teorias de Desenvolvimento que Sustentam a IPI .....	18
2.1. Modelo Transacional de Sameroff .....	18
2.2. Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner.....	19
2.3. Modelo de Terceira Geração Baseado na Evidência de Dunst .....	22
CAPÍTULO 2. A INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA .....	27
1. Definição de Intervenção Precoce na Infância .....	27
1.1. Princípios Fundamentais da IPI.....	30
2. Princípios relevantes para a prática em IPI .....	31
2.1. Intervenção centrada na família e baseada nas rotinas .....	32
2.2. Intervenção em contextos naturais de aprendizagem .....	33
2.3. Coordenação e integração de serviços e recursos.....	40
CAPÍTULO 3. INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA CENTRADA NA FAMÍLIA BASEADA NAS ROTINAS .....	49
1. Conceito centrado na família baseado nas rotinas .....	49
1.1. A Abordagem Sistémica da Família de Von Bertalanffy .....	51
2. Práticas de Intervenção Precoce na Infância centradas na família .....	54
2.1. Fonte de apoio social, formal e informal .....	54
3. Processo de intervenção da ELI numa abordagem centrada na família.....	56

CAPÍTULO 4. A MUDANÇA DO PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE IPI NUM MODELO CENTRADO NA FAMÍLIA BASEADO NAS ROTINAS .....	61
1. As mudanças no papel dos profissionais de IPI num modelo centrado na família .....	61
2. A relação Família-Profissional deste modelo .....	64
PARTE II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO E METODOLÓGICO .....	69
CAPÍTULO 5. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO.....	69
1. Objeto e objetivos de estudo.....	69
1.1. Objeto de estudo .....	69
1.2. Objetivos do estudo .....	70
2. Métodos e procedimentos de investigação .....	71
2.1. Instrumentos e recolha de dados .....	71
2.2. Constituição da amostra.....	72
2.3. Procedimentos inerentes ao tratamento de dados.....	73
PARTE III – ESTUDO EMPÍRICO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....	75
CAPÍTULO 6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	75
1. Caraterização das amostras em estudo .....	75
1.1. Famílias integradas na ELI do Centro de Saúde de Trancoso .....	75
1.2. Profissionais da ELI do Centro de Saúde de Trancoso.....	80
2. Caraterização das dimensões em análise .....	84
2.1. Dimensões em análise referente às famílias e aos profissionais inquiridos.....	85
2.1.1. Definição do novo modelo de IPI centrado na Família Baseado nas Rotinas ....	85
2.1.2. Vantagens .....	87
2.1.3. Desvantagens .....	89
2.1.4. Caraterísticas do perfil de um Profissional de IPI.....	91
CAPÍTULO 7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	95
CONCLUSÃO .....	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, verificou-se um aumento de crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE), levando os Estados Unidos da América (EUA), desde muito cedo, à procura de apoios eficazes para a resolução deste problema. Percebeu-se que a resolução do mesmo passava por uma intervenção o mais precoce possível, permitindo um melhor desenvolvimento o quanto antes. Assim, desenvolveram-se diversos programas que levaram às atuais práticas de Intervenção Precoce na Infância (IPI). Melhorando de forma gradual, os EUA são considerados os pioneiros da IPI, tornando-se um exemplo a seguir para Portugal.

Portugal, seguindo as tendências dos EUA, começou pela criação de serviços e Centros de Educação Especial, percebendo, com o tempo, que – não minorando a importância de uma intervenção precoce – é também necessário integrar elementos irreversíveis a esta intervenção. Dentro destes elementos, destaca-se a própria família das crianças que se encontram em risco de desenvolvimento, as respetivas rotinas diárias e ainda a comunidade onde se encontram inseridas. Isto é, passa-se de uma IPI centrada apenas na criança para uma IPI centrada na família, baseada nas rotinas, uma vez que a família é parte integrante da criança, passando a maior parte do tempo com a mesma e possuindo maior influência no seu comportamento e desenvolvimento. A IPI abrange crianças entre os 0 e os 6 anos de idade que possuam alterações ou se encontrem em risco de exibir alterações nas estruturas ou funções do corpo, em relação ao seu desenvolvimento dito normal e inclusão social.

Contudo, Portugal é composto por distintos programas de Intervenção Precoce na Infância, que prestam apoio às crianças e respetivas famílias, através de intervenções, sob a forma de aconselhamentos, terapias/assistências e apoios, em coordenação com diversificados serviços. O objetivo destes programas passa por facultar às famílias conhecimentos, habilidades e apoios necessários para atender às necessidades das crianças, potenciando o seu desenvolvimento e capacidade em participar pessoal e socialmente. Estes serviços dizem respeito aos três Ministérios que são parte integrante da IPI: Educação, Saúde e Segurança Social, complementados com outros profissionais, dependendo da problemática em causa que, conseqüentemente, dão origem às Equipas Locais de Intervenção (ELI) transdisciplinares, responsáveis pelos programas de intervenção da IPI.

Uma vez que esta mudança de modelo de IPI deu origem a diversas alterações, é importante analisar se essas mudanças estão, atualmente, a ser postas em prática e se trazem, verdadeiramente, benefícios para a população-alvo destas intervenções. As alterações que este modelo sofreu dizem respeito à mudança do papel dos profissionais assim como, do papel das famílias, entre outras.

O estudo que contempla esta dissertação diz respeito às mudanças que são necessárias à implementação do novo modelo de IPI centrado na família baseado nas rotinas, sendo uma Equipa Local de Intervenção uma forma de análise de verificação destas mudanças. Tendo como objeto de estudo uma revisão crítica dos modelos teóricos subjacentes à IPI e tendo em consideração os benefícios que o mesmo proporciona, tanto para a criança como para a respetiva família. E se, conseqüentemente, as novas mudanças são visíveis na prática. Para isto, foi selecionada a Equipa Local de Intervenção do Centro de Saúde de Trancoso, que abrange o concelho de Trancoso, Mêda e Vila Nova de Foz Côa.

Em conformidade com o objeto de estudo, o enquadramento teórico-conceitual, presente na primeira parte, apresenta um abreve enquadramento histórico da Intervenção Precoce na Infância, tanto a nível internacional como nacional, e as teorias de desenvolvimento que sustentam a IPI. Seguindo para uma apresentação breve da definição de IPI, bem como dos seus complementos e, conseqüentemente, do conceito específico do novo modelo de IPI centrado na família baseado nas rotinas e as suas respetivas práticas e processo de intervenção, terminando com a discriminação das mudanças do papel dos profissionais de IPI, tal como da sua relação com as famílias integradas no programa.

No que diz respeito ao designado enquadramento empírico e metodológico, na segunda parte, este é constituído pela apresentação do estudo e dos respetivos métodos e procedimentos de investigação utilizados para a recolha de dados, destacando uma investigação de carácter misto e descritivo.

A terceira e última parte consiste na apresentação e análise dos resultados, recorrendo a métodos de análise estatística e de análise de conteúdo, e sendo a discussão dos resultados efetuada de acordo com os objetivos e questões de investigação.

Em forma de conclusão da presente dissertação, seguem-se as considerações finais referentes às reflexões teóricas expostas na primeira parte e interpretações críticas dos resultados do estudo face aos objetivos traçados inicialmente.

## PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

### CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA

#### 1. Enquadramento Histórico da Intervenção Precoce na Infância

##### 1.1. *Internacional*

Desde 1935, nos Estados Unidos da América, verificou-se um aumento da preocupação referente ao apoio a crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE), levando a um maior número de investigações e formações na área. Tal permitiu a criação de programas (Póvoa, 2012, p.3), chegando-se às designadas práticas de Intervenção Precoce na Infância (IPI), consideradas mais recomendadas e assertivas. Devido a todo esse esforço, os Estados Unidos da América são considerados, por muitos autores, os pioneiros da IPI.

Posto isto, na década de 60, surgiram os primeiros programas de IPI centrados exclusivamente na criança, não considerando os contextos em que esta se encontra inserida – contextos familiares, sociais e educacionais. O objetivo destes programas, inseridos em projetos com “apoio público e recursos estatais”, centrou-se no desenvolvimento das capacidades cognitivas, evitando o agravamento de possíveis *deficits* (Aleixo, 2014, p.18). No entanto, era necessário mudar esta centralidade.

O primeiro programa de Intervenção Precoce na Infância, denominado *Head Start*, e fundado por Bronfenbrenner e outros autores, em 1965, começou por sobressair no meio de um vasto conjunto de programas. *Head Start* é “destinado a melhorar os resultados cognitivos e de desenvolvimento para crianças e suas famílias de origens de baixa renda através de educação, saúde, nutrição e esforços de formação de pais, estimulando de forma intensiva o período pré-escolar da criança, facilitando o ajustamento e o desempenho escolar” (Armstrong et al., 2014, p.27), uma vez que as experiências precoces e as condições do meio têm um forte impacto no desenvolvimento das crianças. Este programa promove um sistema multidimensional, abrangendo diversos serviços, como a educação compensatória e os serviços sociais e de saúde, assim como o desenvolvimento familiar.

No entanto, só com a publicação da Lei Pública 92-424 de 1972, é que o Programa *Head Start* começou a integrar/apoiar na sua intervenção as famílias e crianças com deficiência, sendo por isto “considerado um marco na intervenção precoce/educação

infantil especializada, nomeadamente, nos aspetos que se relacionam com o envolvimento parental e na combinação da prestação de serviços de saúde, educação e serviços sociais” (Allen & Petr, 1996, Hanson & Lynch, 1989, Meisels & Shonkoff, 2000, Richmond & Ayoub, 1993, cit. por Pimentel 2005; Pereira & Serrano, 2009; Carvalho, 2011 cit. por Pacheco, 2013, p.30).

Consecutivamente, desenvolveu-se o Programa *Portage*, para pais, constituindo um dos programas pioneiros que permitiram uma mudança no paradigma da Intervenção Precoce na Infância, uma vez que aplicou diversas práticas que afastaram a ideia de que a deficiência só é subjugada a intervenções médicas. Assim, as práticas deste programa incidiram na ajuda à educação de crianças com NEE em idade pré-escolar, bem como na introdução do apoio domiciliário e da participação da família, isto de forma a envolver diretamente a família no ensino das suas crianças, “reconhecendo ser essa a condição essencial para o sucesso” (Aleixo, 2014, p.18).

Após o sucesso dos programas interventivos, na década de 70, através da publicação da legislação referente à Lei Pública 94-142<sup>1</sup>, e com o desenvolvimento de programas para crianças em risco biológico, estabelecido ou ambiental, a família começou a ter um papel diferente no processo de intervenção, dado que o desenvolvimento de programas e estratégias de IPI tem como base a aprendizagem e o desenvolvimento da criança em contexto familiar. Nessa altura, o papel do profissional consistia na transmissão dos seus conhecimentos para os cuidadores, com o objetivo de estes adquirirem novas competências e estratégias promotoras do desenvolvimento da criança. Para tal, “eram desenvolvidas ações de formação e aconselhamento individualmente ou em rede, criando-se grupos de pais” (Aleixo, 2014, p.19).

Seguidamente, na década de 80, surgiram, após a orientação legislativa da Lei Pública 99-457<sup>2</sup>, diversas teorias, como a perspectiva transaccional, de Sameroff, a teoria ecológica, de Bronfenbrenner, e a importância da família, por Dunst, explanadas individualmente mais à frente. Estas teorias deram origem a programas individualizados

---

<sup>1</sup> *Public-Law 94 - 142* foi publicada em 1975, nos EUA. Veio reconhecer o direito a uma educação pública e adequada, num meio natural, não restritivo às crianças com NEE’s, a partir dos 6 anos, e previu o desenvolvimento de Planos Educativos Individuais, que pressupunham a participação dos pais e realçavam a importância dos serviços destinados a crianças dos 3 aos 6 anos, atribuindo incentivos financeiros à implementação de respostas para estas idades (Aleixo, 2014, p.18).

<sup>2</sup> *Public Law 99-457* foi um aditamento à PL 94-142 e trouxe o alargamento do atendimento a crianças dos 0 aos 5 anos, nomeadamente, os serviços de Intervenção Precoce. Esta lei alterou sobremaneira a interação entre as famílias e as instituições de atendimento a crianças com NEE ou em risco. Preconizou o Plano de Atendimento Familiar Individualizado (PAFI), a implementar por uma equipa interdisciplinar (Correia e Serrano, 1999, p. 148 cit. por Aleixo, 2014, p.19).

em que a IPI começou a centrar-se tanto na criança como na sua respetiva família, modificando a tomada unilateral de decisões dos profissionais, pela consideração dos desejos da família, referentes ao grau do seu envolvimento e ao tipo de programa a desenvolver com a criança.

Dunst, no ano de 1981, iniciou o “processo de alteração do programa de intervenção precoce centrado na criança e nas insuficiências”, para um programa centrado na família (Póvoa, 2012, p.3). Esta alteração para o novo modelo centrado na família incluía, segundo Dunst, Trivette e Deal, citados por Dunst (2000), quatro componentes conceptuais: “enquadramento sistémico social, a família como unidade de intervenção, a filosofia de corresponsabilização e uma orientação no sentido de promover/melhorar as capacidades da família”, bem como quatro componentes operacionais: “práticas baseadas em necessidades, fontes de apoio e recursos para responder a essas necessidades, práticas baseadas nos pontos fortes e práticas de disponibilização de ajuda orientadas no sentido de melhorar competências” (Póvoa, 2012, p.3).

Assim, a partir da década de 90, assiste-se a uma verdadeira abordagem centrada na família, “com enfoque transacional, sistema e ecológica, em que a família, a criança, os profissionais e os serviços fazem parte do mesmo sistema e desenvolvem ações recíprocas...” (Aleixo, 2014, p.19).

Conclui-se que os modelos de Intervenção Precoce na Infância têm sofrido diversas alterações, em prol do bem-estar da criança e da sua família, não sendo fácil passar da teoria à prática. No entanto, os programas de IPI desenvolvidos nos EUA proporcionaram vários benefícios, tais como (Correia e Serrano, 1994, pp.88-89):

1. Aumento das aquisições de aptidões pedagógicas por parte dos cuidadores, que lhes permitiram desenvolver intervenções mais positivas e que contribuíram para um melhor desenvolvimento da criança;
2. Aumento das interações criança-pais (intensificação da relação mãe/criança e melhor interação em termos responsivos e verbais dos pais);
3. Melhoria da qualidade de vida da família, protagonizada pela mudança de atitudes.

Assim, os programas que envolvem a participação da família na intervenção “produzem resultados positivos no que diz respeito ao desenvolvimento da criança, reduzindo assim os efeitos negativos produzidos pelos ambientes ou condições consideradas de risco” (Correia e Gonçalves, 1993, cit. por Correia e Serrano, 1994, p.89).

## ***1.2. Portugal***

Em Portugal, a Intervenção Precoce na Infância segue as tendências americanas, uma vez que as suas práticas emergem na década de 60, com o surgimento do Serviço de Orientação Domiciliária, designado atualmente por Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), que consiste “na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária” (Bonfim & Veiga, 1996, p.7) .

Na década de 70, foram criados os Centros de Educação Especial, apenas em Lisboa e no Porto, sendo que na capital se destacou o Centro de Paralisia Cerebral que, tal como o próprio nome indica, expedia programas de IPI para crianças com paralisia cerebral. Estes programas de Intervenção Precoce na Infância foram os primeiros com a envolvência dos cuidadores e com a integração de equipas constituídas apenas por educadores especializados (Aleixo, 2014, p.55).

Após estes desenvolvimentos, tornou-se necessário progredir precocemente nas formas de atendimento a crianças com Necessidades Educativas Especiais, sendo criada a Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica do Ministério da Segurança Social, que colocava em prática o Modelo *Portage* para pais – este desenvolvia-se nos domicílios e tinha como público-alvo as crianças com menos de 3 anos de idade e as suas famílias.

Devido à grande necessidade de intervenção com crianças dos 0 aos 3/6 anos de idade, Aleixo afirma que os vários serviços de Educação, Saúde e Segurança Social (figura 1) procuraram soluções a partir dos recursos existentes na comunidade, gerando um acordo com os seguintes objetivos: (1) desenvolver e implementar um programa de IPI coordenado, com interserviços e transdisciplinar, utilizando os recursos existentes na comunidade; (2) assegurar o funcionamento das Equipas de Intervenção Direta, com vista à prestação de um serviço adequado às necessidades da criança e da sua família; (3) implementar uma intervenção centrada na família, com base na colaboração entre cuidadores e profissionais, reconhecendo a família como parceira e principal decisora do processo de intervenção, respeitando as suas características, cultura, estilo de vida, preocupações e prioridades; (4) promover um trabalho em equipa transdisciplinar; (5) proporcionar aos técnicos uma formação específica e contínua; (6) sensibilizar e envolver a comunidade, originando uma intervenção atempada e articulada; (7) contribuir para a

inovação das práticas em IPI; e por último, (8) responder às necessidades da criança com atraso de desenvolvimento ou em risco ambiental e/ou biológico (2014, pp.56-57).

**Figura 1 - SNIPI - Sistema transversal e intersectorial envolvendo Saúde, Educação e Segurança Social**



*Fonte:* Carvalho *et al.*, 2016, p.65

Como foi referido, desejava-se a prestação de um serviço de base comunitária, beneficiando e articulando os recursos existentes, de forma a permitir a intervenção de todos. Este processo vai ao encontro de uma intervenção Ecológica e Transaccional, permitindo “alargar o campo de ação a outros contextos que envolvem e influenciam a criança, nomeadamente a família” (Aleixo, 2014, p.57). Contudo, a intervenção passou a ser centrada na família, sendo esta considerada como o “agente ativo, decisor de todo o processo de intervenção e cujo objetivo prioritário da intervenção era apoiar/facilitar e nunca substituir ou suplantar o papel central das famílias na prestação dos cuidados às suas crianças” (Aleixo, 2014, pp.57-58).

No final da década de 80, assistiu-se a um sublime desenvolvimento do Serviço de Intervenção Precoce na Infância, ao longo de todo o país, tendo sido, em outubro de 1999, aprovada a primeira legislação referente a este serviço. Esta legislação diz respeito ao Despacho Conjunto n.º 891/99, de 19 de outubro, que constitui “um marco referencial na evolução do modelo de intervenção precoce pois o enfoque é colocado na criança no seu contexto familiar, sendo a família considerada como unidade funcional da comunidade, e coloca de parte uma atuação centrada exclusivamente na criança e nos seus problemas” (Póvoa, 2012, p.5), tal levando à multidisciplinariedade da atuação da IPI. Desta forma, a

intervenção conta com o apoio de profissionais de educação, saúde e serviços sociais, comprometidos a ajudar no desenvolvimento de crianças com NEE, dos zero aos seis anos de idade. Esta legislação, todavia, não era aplicável em todo o país.

O Despacho Conjunto n.º 891/99 veio dar origem ao Projeto Lei que, em finais da década de 90, mais especificamente em 1999, tornou os setores da Educação, da Saúde e da Segurança Social responsáveis por cooperarem em parceria com os vários recursos da comunidade e das famílias. Este Projeto tem como objetivos: “a criação de condições facilitadoras do desenvolvimento global da criança, a otimização das condições da interação criança/família e a envolvência da comunidade no processo de intervenção” (Aleixo, 2014, p.58), encontrando-se envolvido em três aspetos básicos: (1) envolvimento familiar; (2) equipa de trabalho multidisciplinar; e (3) desenvolvimento de um Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP).

Seguiu-se, em 2008, o Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro, que permite o sustento das práticas atuais de intervenção, no âmbito da Educação Especial, englobando os seguintes objetivos: “assegurar a articulação com os serviços de saúde e de segurança social, reforçar as equipas técnicas, que prestam serviços no âmbito da intervenção precoce na infância, financiados pela segurança social, e ainda assegurar, no âmbito do ME<sup>3</sup>, a prestação de serviços de intervenção precoce na infância” (capítulo V, artigo n.º 27 cit. por Aleixo, 2014, p.59).

Concluindo, no que concerne aos marcos da evolução da IPI em Portugal, foi aprovado, em 2009, o Decreto-Lei n.º 281/09, de 8 de outubro, que assegurou a criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), implementado a nível nacional. Este sistema veio assegurar a importância da existência de uma interação entre as famílias e as instituições, nomeadamente, instituições de saúde, para que os casos sejam identificados de forma rápida e segura, acionando os mecanismos necessários do PIIP, que se encontra “atento às necessidades das famílias, a ser elaborado por Equipas Locais de Intervenção (ELI), multidisciplinares, todos os serviços que são chamados a intervir” (Póvoa, 2012, p.6).

Posto isto, a IPI dirige-se a crianças entre os 0 e os 6 anos de idade, “com alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo, tendo em conta o seu normal desenvolvimento, numa perspetiva de futura participação e inclusão social, enquanto cidadãos de pleno direito” (Póvoa, 2012, p.5). De forma a minimizar as

---

<sup>3</sup> Ministério da Educação.

limitações já existentes, esta intervenção deve ser feita o mais precocemente possível com a criança e a sua respetiva família, levando à prevenção dos fatores que podem afetar negativamente o seu crescimento e desenvolvimento, bem como à participação autónoma e responsável na vida social.

Conclui-se que, em Portugal, existem diversos programas de Intervenção Precoce na Infância, que fornecem apoio tanto às crianças quanto às suas famílias, com intervenções em forma de aconselhamentos, terapias e assistências/apoios que permitem uma coordenação de serviços. Estes programas têm como objetivo facultar às famílias os conhecimentos, habilidades e apoios necessários para atender às necessidades das suas crianças e para otimizar o desenvolvimento das mesmas, assim como a sua capacidade de participar na vida familiar e comunitária (KPMG, 2014, p.6). Os programas relacionados constituem uma pertinência científica, social, política e económica capaz de ajudar as famílias destas crianças.

#### *1.2.1. Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP)*

O Plano Individual de Intervenção Precoce consiste, como demonstra o Decreto-Lei nº281/09, no artigo 8º, numa “avaliação da criança no seu contexto familiar, bem como na definição das medidas e ações a desenvolver de forma a assegurar um processo adequado de transição ou de complementaridade entre serviços e instituições”. Desta forma, é considerado um documento estruturante que apresenta toda a intervenção desenvolvida com a criança e a sua família.

Tal como o próprio nome indica, é um plano efetuado para conter a informação mais relevante acerca do próprio indivíduo e da sua intervenção, para que seja fácil identificar os “recursos e necessidades da criança e da família, os apoios a prestar, a data do início da execução do plano e do período provável da sua duração, a definição da periodicidade da realização das avaliações realizadas junto da criança e famílias e o desenvolvimento das respetivas capacidades de adaptação” (Aleixo, 2014, p.67). Uma vez que é possível a existência de transições, este plano “contem os procedimentos que permitem acompanhar o processo de transição da criança para outro contexto” (Aleixo, 2014, p.67).

Há que ter em atenção que o desenvolvimento das práticas de IPI se deve à existência de crianças com NEE que, como foi referido, se encontram integradas na Educação Especial, com o apoio do Programa Educativo Individual (PEI) – que, ao abrigo

do Decreto-Lei nº 3/08, deve estar articulado com o PIIP (Decreto-Lei nº 281/09, art.º 8 cit. por Aleixo, 2014, pp.67-68). O Programa Educativo Individual constitui um documento que apresenta as respostas educativas e as suas respetivas formas de avaliação, assim como as informações que são disponibilizadas pela população-alvo. Ou seja, o PEI é um documento que integra na íntegra os processos individuais dos alunos.

Para a implementação do PIIP, são envolvidos diversos agentes, dos quais se destaca a enorme rede de apoios: as Equipas Locais de Intervenção, o Mediador de Caso<sup>4</sup>, a criança e a respetiva família. Os planos idealizados devem ser observados pela família e pelos profissionais envolvidos, “para satisfazer mera burocracia relativa à prestação de serviços”, devendo, tal-qualmente, ser flexíveis, o que faz com que possam ser alterados conforme as preocupações, prioridades e recursos da família. É também permitida a alteração dos objetivos e das estratégias de intervenção delineadas inicialmente (McWilliam, Winton & Crais, 2003, pp. 127-134).

### *1.2.2. Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI)*

O Despacho Conjunto nº 891/99, ao sublinhar a importância que um modelo de Intervenção Precoce na Infância possui, demonstra, conseqüentemente, a falta de respostas uniformes que perduram em Portugal. Foi então que o surgimento do Decreto-Lei nº 281/9 deu origem ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, emergindo dos princípios que integram a Convenção das Nações Unidas dos Direitos das Crianças, assim como ao Plano de Ação para a Integração de Pessoas com Deficiência ou Incapacidade (2006 – 2009) – que se mantém atualmente.

Assim, o SNIPI constitui um “conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar”, apresentado na figura 2, tendo com principal objetivo “garantir as condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a sua idade, bem como das crianças com risco grave de atraso de desenvolvimento” (Decreto-Lei nº 281/2009, Artigo 1º cit. por Aleixo, 2014, p.59). Como mencionado anteriormente, a existência da junção dos serviços de Educação, Saúde e Serviços Sociais mantém-se neste sistema, em conjunto com as famílias integradas e a comunidade.

A principal população-alvo que este Sistema Nacional abrange são crianças entre os 0 e os 6 anos de idade, que sofrem de alterações nas funções ou estruturas do corpo que,

---

<sup>4</sup> É um dos elementos das Equipas Locais de Intervenção.

consequentemente, limitam a sua participação em atividades referentes à sua idade, e também, contexto social. E ainda, crianças com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias. Tudo isto, tendo em atenção os critérios de elegibilidade que são apresentados mais adiante (Aleixo, 2014, pp.59-60).

**Figura 2 - Estrutura do SNIPI**



*Fonte:* Carvalho *et al.*, 2016, p.64

Os objetivos do SNIPI, que se encontram delineados no DL 281/09 (cit. por Carvalho, 2016, pp.64-65), artigo 4º, são os seguintes:

1. Assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de ações de IPI, em todo o território nacional;
2. Detetar e sinalizar todas as crianças com alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento;
3. 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;
4. Apoiar as famílias, no acesso a serviços e recursos adequados a cada situação;
5. Envolver a comunidade, através da criação de mecanismos articulados de apoio social.

### 1.2.3. *Equipas Locais de Intervenção (ELI)*

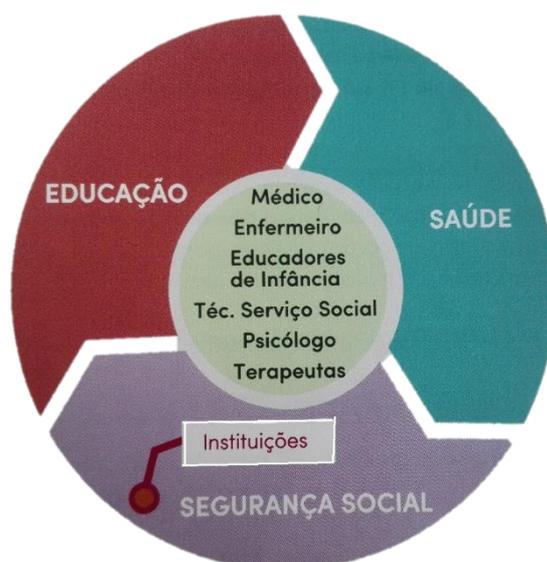
Conforme a Intervenção Precoce na Infância sofreu alterações, o mesmo se passou com a prestação de serviços nesta área, para se conseguir responder de forma eficaz às necessidades da população-alvo, especialmente, junto das famílias. Estas equipas começaram por ser caracterizadas como sendo multidisciplinares; posteriormente, interdisciplinares, e por fim, transdisciplinares.

Relativamente à primeira caracterização, os profissionais (independentemente da sua formação específica) apresentavam diversas perspetivas, que levavam à inexistência de colaboração entre os profissionais, uma vez que eram realizadas diversas avaliações, chegando a diferentes objetivos. Tendo em conta que a família não era parte integrante da equipa. As equipas interdisciplinares desenvolviam objetivos comuns no estender das intervenções, no entanto, era necessário contacto frequente entre os vários intervenientes, para se reduzirem os possíveis conflitos e assegurar a coordenação do serviço perto das famílias. Por fim, o modelo transdisciplinar, é aquele que se pretende seguir num trabalho de equipa em IPI, uma vez que este tem em consideração os princípios de uma abordagem ecológica e centrada na família, trazendo benefícios para todos os intervenientes, ou seja, crianças, famílias e profissionais (Aleixo, 2014, p.61). A autora refere que o conceito de transdisciplinaridade “consiste na colaboração, comunicação e partilha de responsabilidade entre os membros da equipa. Cada membro da equipa *ensina* as aptidões da sua disciplina aos outros elementos” (2014, p.61).

Desta forma, a IPI impõe a colaboração de diversos profissionais e a articulação de serviços, exigindo a aplicação das competências dos profissionais e a adoção de procedimentos facilitadores do processo de comunicação. Elisabete Aleixo menciona que a articulação de serviços permite: diminuir o *stress*, tanto para as crianças como para as famílias, aumentar a coerência do diagnóstico e, conseqüentemente, diminuir o risco de informações contraditórias. Isto possibilita uma intervenção mais económica para a família, permitindo a rentabilização dos técnicos, e por último, suavizar o impacto da passagem para outros serviços (2014, p.60).

É importante referir que a criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância reestruturou as ELI's, tornando-as a base do sistema, e continuando com os elementos dos três ministérios de Educação, Saúde e Serviço Social (figura 3). Existe, portanto, uma maior abrangência, sendo a sua atividade desenvolvida a nível municipal (integrando dois ou mais concelhos).

**Figura 3 - ELI - Equipas interserviços e transdisciplinares**



*Fonte:* Carvalho *et al.*, 2016, p.67

“Estas [equipas] passaram a estar sediadas nos Centros de Saúde, [...] sendo o Coordenador da ELI nomeado pela Comissão de Coordenação Regional, e detendo um conjunto de competências” (Decreto-Lei nº 281/2009, artigo 7 cit. por Aleixo, 2014, pp.61-62), particularmente:

1. Identificar as crianças e famílias imediatamente elegíveis para o SNIPI;
2. Assegurar a vigilância das crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis, requerem avaliação periódica, devido à natureza dos seus fatores de risco e probabilidades de evolução;
3. Encaminhar crianças e familiares não elegíveis, mas carenciados de apoio social;
4. Elaborar e executar o PIIP, em função do diagnóstico da situação;
5. Identificar necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção;
6. Articular, sempre que se justifique, com as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), e com os núcleos de ação de saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com atividade na área da proteção infantil;
7. Assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos;

8. Articular com os profissionais das creches, amas e estabelecimentos de educação pré-escolar em que se encontrem colocadas as crianças integradas em IPI.

Para a iniciação de um processo de intervenção das ELI's, qualquer instituição, como por exemplo, hospital, centros de saúde, maternidades, jardins de infância, entre outros, pode referenciar as crianças e/ou famílias às Equipas Locais de Intervenção, constituindo-se o primeiro passo para uma intervenção centrada na família. Neste caso, a família tem a possibilidade de decidir sobre a sua disponibilidade e local para o estabelecimento dos primeiros contactos, constituindo-se, assim, o segundo passo.

A determinação do diagnóstico é fundamental, pois “a falta de critérios rigorosos nos procedimentos de caracterização e diagnóstico tornará difícil não só que a equipa decida quanto ao conceder ou não o apoio, como dificultará os processos de articulação e encaminhamento com outros serviços e respostas sociais” (Franco, Melo e Apolónio, 2012, p. 53). Efetivamente, só assim é possível averiguar a elegibilidade para o acompanhamento pela IPI e o planeamento da intervenção na ELI, mediante a execução do processo avaliativo.

Tendo em conta a existência de critérios de elegibilidade, é determinado, em ELI, o Mediador de Caso, que em conjunto com a família e respetivos prestadores de cuidados, elabora o Plano Individual de Intervenção Precoce, contando com a intervenção dos restantes elementos da ELI. É ainda decidida a “modalidade de acompanhamento que poderá ser domiciliário, misto (domiciliário e institucional) ou outro” (Aleixo, 2014, p.63).

Posto isto, as ELI's têm como funções: (1) identificar as crianças elegíveis, de acordo com os critérios de elegibilidade; (2) elaborar e implementar o PIIP; (3) identificar as necessidades e recursos disponíveis na respetiva área de influência; (4) articular com outras entidades comunitárias envolvidas no apoio às crianças e famílias; e (5) preparar a transição para o 1º Ciclo do Ensino Básico (Carvalho et al., 2016, pp.68-69).

*a) O Mediador de Caso (MC)*

O Mediador de Caso é um elemento das Equipas Locais de Intervenção que “assume o contacto regular com a família e a criança representando todos os profissionais, sendo responsável pela articulação e implementação do Plano de Intervenção que integra os objetivos de todas as especialidades que se encontram na equipa” (Aleixo, 2014, p. 66). Isto significa que o Mediador de Caso estabelece a ponte entre a Equipa Local de Intervenção e a criança e/ou a família. A sua função primordial, identificada pela autora

Elisabete Aleixo, é a de “apoiar o processo de Corresponsabilização e Capacitação das famílias” (2014, p.66).

A relação que o Mediador consegue estabelecer com a família é determinante para uma intervenção eficaz, tornando a intervenção enriquecedora, reflexiva e debatida em ELI, o que pode originar expectativas em ambas as partes. No entanto, como em todas as situações do quotidiano, é difícil estabelecer uma “relação de confiança, respeito, apoio incondicional e partilha”, tornando a postura do Mediador de Caso fundamental, pois todas as famílias são únicas e com um funcionamento próprio (Aleixo, 2014, p.66).

Assim, é “necessário respeitar essa unicidade, as prioridades da família, acreditar nas suas potencialidades, perceber quais os anseios e preocupações de cada uma, para em conjunto (família, MC, ELI e rede de apoios), procurarmos alternativas e/ou soluções, potenciando a melhoria das interações familiares, reforçando as competências familiares, assegurando a criação de condições facilitadoras do desenvolvimento da criança em risco de atraso grave de desenvolvimento, e contribuindo para a progressiva capacitação e autonomia face à problemática da deficiência ou outros fatores de risco de atraso de desenvolvimento” – refere a autora (2014, pp.66-67).

### ***1.3. Critérios de Elegibilidade da Intervenção Precoce na Infância***

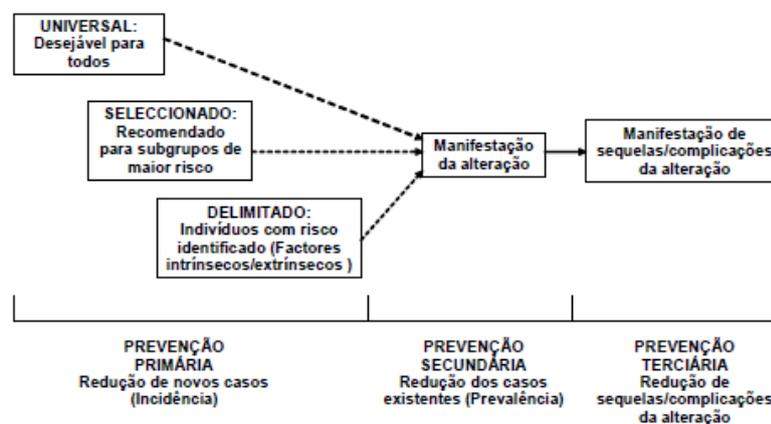
Os critérios de elegibilidade estão relacionados com a prestação de serviços da IPI – a nível dos recursos disponíveis e de importantes implicações financeiras – que a população-alvo desta intervenção necessita. Por norma, existe uma característica comum a esta população-alvo, sendo referente a uma situação preocupante, em termos de desenvolvimento ou comportamento, sendo possível, com o auxílio destes serviços, melhorar os seus problemas.

Desta forma, os técnicos integrados neste campo prestam atenção ao tipo de prevenção que importa efetuar, existindo a “prevenção primária, secundária ou terciária”, assim como aos “recursos e capacidades económicas” que se encontram disponíveis (Tegethof, 2007, p.73).

Simeonsson (1994 cit. por Tegethof, 2007, pp.73-74) define a prevenção primária como aquela que “visa reduzir a incidência de novos casos, através da promoção do desenvolvimento da criança, da redução dos fatores de risco e da capacitação da família”, enquanto a prevenção secundária “visa reduzir a prevalência, diminuindo ou, preferencialmente, eliminando o impacto da deficiência ou do atraso no futuro

desenvolvimento da criança, através do desenvolvimento de novas capacidades, ou da manutenção das já existentes e do apoio à família para lidar com as condições inerentes à problemática da criança”; por fim, a prevenção terciária tem como “objetivo reduzir as sequelas ou complicações decorrentes da situação de deficiência ou incapacidade da criança através de uma intervenção corretiva, aumentativa ou compensatória e de um apoio à dinâmica familiar”. Contudo, como em qualquer outro tipo de intervenção, também na IPI é preferível atuar num nível primário.

**Figura 4 - Níveis de prevenção em IPI**



*Fonte:* Simeonsson, 1994 cit por Tegethof, 2007

Em 1976, Tjossem propôs três categorias de elegibilidade, tendo cada uma, sugestões de critérios de elegibilidade, bem como sucessivos procedimentos de avaliação. É de referir que “estes três grupos são considerados, para efeitos de elegibilidade, numa ordem decrescente de prioridade” (Tegethof, 2007, pp.75-76), apresentando-se:

1. Atraso de desenvolvimento – quando as crianças apresentam uma diferença significativa, em termos do nível de desenvolvimento que se espera na sua idade, em relação ao seu nível de funcionamento atual, numa ou em várias das seguintes áreas: “desenvolvimento cognitivo, desenvolvimento físico e motor, desenvolvimento da comunicação, desenvolvimento social ou emocional e desenvolvimento adaptativo”.

De forma a identificar-se um atraso de desenvolvimento, é necessário ter em conta o seguinte conjunto de procedimentos: (a) o critério psicométrico, baseado em provas standardizadas; (b) a opinião clínica fundamentada de um especialista, baseada numa avaliação interativa e multidimensional das características das crianças e dos contextos; ou (c) uma combinação dos dois.

2. Condição estabelecida – quando as crianças são diagnosticadas com uma “alteração física ou mental, associada a uma alta probabilidade de se vir a verificar um atraso de desenvolvimento, independentemente do seu nível de desenvolvimento no momento da avaliação (ex.: trissomia 21, paralisia cerebral)”.

3. Risco biológico e/ou ambiental<sup>5</sup> – quando as crianças se encontram em risco, “por condições biológicas e/ou ambientais, de vir a ter um atraso grave de desenvolvimento, caso não beneficiem de um programa de IPI (ex.: prematuridade, baixo peso ao nascer, atraso mental dos pais, pobreza, baixo nível educacional dos pais)”.

Após estas definições, é notória a utilização consecutiva do termo “crianças em risco”, que pode ser definido considerando grupos de risco (ex.: pais toxicodependentes) que referenciam, ou apenas um fator de risco biológico/ambiental, ou ainda considerando uma combinação dos dois fatores. Tegethof menciona que “à medida que os fatores de risco se multiplicam, o seu efeito combinado é maior do que o efeito de cada um considerado separadamente – é o designado efeito cumulativo do risco” (2007, p.76). Na interação entre fatores biológicos e ambientais, é importante ter em atenção a oscilação entre fatores positivos e fatores negativos, isto é, fatores de risco e fatores de proteção, “sublinhado a necessidade de não se considerarem os fatores de risco isoladamente” (Tegethof, 2007, p.77).

Em 1993, Benn recomendou o desenvolvimento de um quadro de referência, com o objetivo de conceptualizar a elegibilidade dos serviços de IPI, isto de acordo com o estipulado pela Parte C da *Individuals with Disabilities Education Act* (IDEA) (Tegethof, 2007, p.75). Esta é considerada a “peça legislativa enquadradora da abordagem centrada na família” (Pereira e Serrano, 2010, p.6) em IPI, nos Estados Unidos da América, em 2004, no que se refere a serviços qualificados para crianças com menos de 6 anos de idade.

A autora (2007, p.78) afirma que “as decisões que se tomam em termos de elegibilidade são muito importantes, pois vão definir a população atendida e, conseqüentemente, o tipo de serviços prestados e os seus resultados”.

---

<sup>5</sup> O risco biológico “diz respeito a crianças com uma história de complicações pré, peri ou pós-natais que possam conduzir a sequelas em termos de desenvolvimento. Entre os principais fatores que podem contribuir para a existência de problemas de desenvolvimento são frequentemente apontados os associados ao nascimento de pré-termo” (Meisels & Wasik, 1990 cit por Tegethof, 2007, p.76).

O risco ambiental “diz respeito a crianças com uma história de cuidados e experiências de vida substancialmente limitadas nos primeiros anos de vida, que vão implicar uma maior probabilidade de atraso” (Brown, & Brown, 1993 cit por Tegethof, 2007, p.76).

## 2. Teorias de Desenvolvimento que sustentam a IPI

As políticas e práticas da Intervenção Precoce na Infância têm acompanhado a evolução dos modelos teóricos do desenvolvimento humano. Estes redefinem-se consoante as ponderações que vão surgindo, ao longo do tempo, relativamente ao desenvolvimento da criança, isto é, existe uma ligação entre a evolução histórica da IPI e a dos modelos de desenvolvimento, apresentados a seguir.

### 2.1. Modelo Transacional de Sameroff

Tendo em conta a necessidade de redefinir o ponto central dos programas de IPI, Sameroff propõe um modelo inovador, intitulado Modelo Transacional, que considera o desenvolvimento como um produto das interações dinâmicas e contínuas entre a criança e a experiência fornecida pela família e pelo contexto social (Carvalho, 2004 e Almeida, 2009 cit. por Sameroff e Fiese, 1990 cit. por Póvoa, 2012, p.8). Nesta perspetiva, o risco biológico ou social capaz de afetar o desenvolvimento das crianças, durante os seus primeiros anos de vida, pode ser atenuado ou potencializado, devido a condições do meio que, por sua vez, podem ser favoráveis ou desfavoráveis.

Assim, todo o processo desenvolvimental do modelo transacional é característico de um “*sistema regulador*”, dado que é a partir deste que se desenvolvem estratégias de intervenções eficazes, que aumentam a possibilidade de as crianças alcançarem melhores resultados (Tegethof, 2007, p.39). O comportamento da criança resulta das transações entre os três níveis ou sistemas reguladores deste modelo:

1. Fenótipo: representa a criança com as suas próprias características, em mudança constante, ao longo de todo o processo de desenvolvimento;
2. Genótipo: nível de organização biológico, que permite regular o desenvolvimento físico da criança;
3. Mesótipo: nível de organização social, que permite regular a forma como a criança se ajusta à sociedade e se operacionaliza, através dos padrões de socialização familiares e culturais.

A constituição deste último nível – Mesótipo: constituição do contexto social em que a criança se desenvolve – é importante para se perceber a forma como o

desenvolvimento se processa, levando ao delineamento dos programas de intervenção. Sameroff identifica “aquilo que ele designa como os pontos nodais em que as estratégias de intervenção podem incidir, e que se encontram nos interfaces entre a criança, a família e os sistemas culturais, nomeadamente quando ocorrem as *regulações desenvolvimentais*” (1995; Sameroff & Fiese, 1990, 1992, 2000 cit. por Tegethof, 2007, p.41). Estas regulações dividem-se em três categorias:

1. Macrorregulações: mudanças importantes que se prolongam ao longo do tempo, proporcionando as condições básicas para a socialização em cada cultura (ex.: entrada no jardim de infância);
2. Minirregulações: atividades referentes à rotina do dia-a-dia que se repetem (ex.: a alimentação, o vestir, entre outros);
3. Microrregulações: interações momentâneas entre a criança e o cuidador (ex.: padrões de interação que aumentam e/ou diminuem os comportamentos inadequados).

Relativamente à Intervenção Precoce na Infância, o modelo transacional é definitivamente um bom contributo teórico, especialmente, pela ênfase na identificação de objetivos e estratégias de intervenção, mas também pela associação que efetua entre o comportamento e o desenvolvimento da criança com o seu contexto social (Pacheco, 2013, p.9). Desta forma, Sameroff apresenta três categorias de intervenção, designadas “*3 Rs da intervenção*”: (1) Remediação – adequação da criança a uma situação pré-existente; (2) Redefinição – procura de interações parentais mais adequadas; e (3) Reeducação – onde se enquadra o ensino de competências parentais (Pacheco, 2013, p.8). Existe, nestas intervenções, a preocupação em ajustar a criança ao sistema regulador e vice-versa.

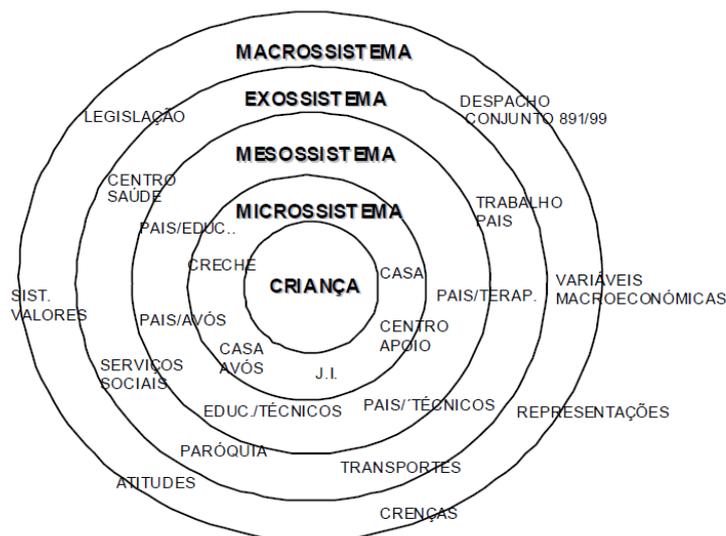
## ***2.2. Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner***

Bronfenbrenner (1979) desenvolveu o Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano, que diz respeito ao desenvolvimento de forte inspiração sistémica acentuado na necessidade de compreender o comportamento da criança, tendo em conta um conjunto de fatores que fazem parte do seu quotidiano e que influenciam o seu próprio desenvolvimento (Tegethof, 2007 cit. por Pacheco, 2013, p.5). Esta perspetiva assenta na influência do meio envolvente no desenvolvimento da criança. Desta forma,

Bronfenbrenner descreve os “contextos de desenvolvimento conceptualizados como um sistema hierárquico interrelacionado, em que a criança aparece no centro e que é constituído por quatro níveis, progressivamente mais complexos” (Tegethof, 2007, pp.45-56):

1. **Microsistema:** ambiente onde a criança em desenvolvimento estabelece relações face-a-face, estáveis e significativas (ex.: casa, jardim-de-infância, entre outros). Neste sistema, é importante que as relações estabelecidas possuam reciprocidade, equilíbrio de poder e afeto;
2. **Mesosistema:** interrelações e processos que se estabelecem, num dado momento, entre dois ou mais cenários onde a criança em desenvolvimento se encontra inserida (ex.: as relações entre a casa e o jardim-de-infância ou entre o jardim-de-infância e o programa de IPI). Este sistema é considerado um conjunto de microsistemas;
3. **Exossistema:** interrelações e processos que englobam ambientes onde a criança não se encontra inserida, mas que a afetam (ex.: as relações dos cuidadores no ambiente de trabalho, as decisões tomadas pela escola, entre outros);
4. **Macrossistema:** ideologias, sistema social, conjunto de valores culturais e normativos próprios de uma determinada cultura ou subcultura onde os sistemas anteriores se inserem.

**Figura 5 - Sistema ecológico do desenvolvimento humano**



**Fonte:** Adapt. Bronfenbrenner, 1979 cit por Tgethof, 2007, p.46

Posteriormente, em 1989, Bronfenbrenner propôs uma reformulação do modelo, realçando a importância dos *processos proximais* e a sua distinção dos *processos distais*. Os primeiros são designados como aqueles que ocorrem nos contextos imediatos onde a criança em desenvolvimento está inserida e que possuem influência direta nesse mesmo desenvolvimento, enquanto os segundos ocorrem em contextos mais afastados e que, ao influenciarem os primeiros, possuem uma influência indireta no desenvolvimento da criança (Póvoa, 2012, p.8).

Surge, assim, o novo modelo do autor intitulado Modelo Bioecológico, o qual salienta a importância das características biológicas, psicológicas e do comportamento da criança em desenvolvimento, repondo, no centro do processo, as interações da mesma com os elementos do seu contexto imediato, ao contrário do modelo anterior.

O Modelo Bioecológico identifica, em cada nível do sistema ecológico, os fatores que considera especificamente importantes para o desenvolvimento da criança. Estes podem ser identificados como “atratores”, uma vez que “mantêm o sistema unido e direcionado num determinado sentido em termos de desenvolvimento” (Granlund e Björk-Akesson, 1999 cit. por Tegethof, 2007, p.47). Verificando que este modelo faz referência ao facto de ocorrerem mudanças ao longo do tempo, surge o papel do cronossistema, que “permite analisar a influência que as mudanças (ou as continuidades) no meio envolvente, ao longo do tempo, exercem na pessoa em desenvolvimento” (Bronfenbrenner, 1986 cit. por Tegethof, 2007, p.47). Ou seja, começa a considerar tanto as mudanças da criança como as que surgem no contexto, possibilitando a análise da relação dinâmica destes dois processos.

Porém, o Modelo Bioecológico envolve quatro componentes, assim como as respetivas interrelações das quais resulta o desenvolvimento: (a) processo – interações entre o organismo e o meio, que constituem os processos proximais e que atuam ao longo do tempo, integrando o principal mecanismo de produção do desenvolvimento; (b) pessoa – contém características biopsicológicas que influenciam os processos proximais, proporcionando efeitos a nível do desenvolvimento; (c) contexto – correspondente ao “sistema interrelacionado de estruturas concêntricas proposto no modelo ecológico do desenvolvimento humano”, mas neste caso, com uma conceptualização alargada ao nível do microsistema, devido à integração das qualidades da pessoa em interação; e por último (d) tempo – que corresponde aos períodos em que os processos proximais ocorrem e que

possuem um lugar predominante a três níveis: microtempo<sup>6</sup>, mesotempo<sup>7</sup> e macrotempo<sup>8</sup> (Tegethof, 2007, p.48).

Destaca-se, assim, o indivíduo como o agente ativo do seu desenvolvimento.

### **2.3. Modelo de Terceira Geração Baseado na Evidência de Dunst**

O surgimento das perspectivas transacionais, sistêmicas e bioecológicas levou Dunst ao desenvolvimento do seu próprio modelo, inserido na Terceira Geração de programas de IPI com práticas baseadas na evidência. Enfatizando as variáveis do meio envolvente e do sistema social que se encontram articuladas à promoção do desenvolvimento da criança e ao fortalecimento da família.

Tendo em conta a prestação de apoio e ajuda que os cuidadores necessitam para conseguirem alcançar serviços e desenvolver capacidades facilitadoras do desenvolvimento da criança, assim como a “identificação e estabelecimento das necessidades e prioridades que reforçam o núcleo familiar”, Carl Dunst surge com o Modelo de Apoio Centrado na Família (Correia e Serrano, 1999, pp. 145-146; Serrano, 2007, pp. 40 cit. por Aleixo, 2014, p.29).

O Modelo de Apoio Centrado na Família introduziu dois conceitos indispensáveis para a promoção do envolvimento parental nas suas intervenções: *Empowerment*, que representa o aumento ou a criação de competências da família (fortalecimento); e *Enablement*, que assenta no fortalecimento do poder e sentido de controlo da própria família (capacitação). Assim, as práticas deste modelo permitem a promoção de oportunidades e experiências à família, com o intuito de esta se tornar capaz de usar, eficazmente, os recursos provenientes da comunidade, que possibilitam a satisfação das suas necessidades. Para a concretização deste objetivo, “as práticas de intervenção e avaliação deste modelo devem considerar 3 aspetos fundamentais: as necessidades e aspirações da família, o estilo de funcionamento da família e os apoios e recursos” (Dunst, Trivette e Deal, 1988, pp.10-11; Dunst, pp.81-82, in Correia e Serrano, 2000 cit. por Aleixo, 2014, p.30), como se verifica na figura 6.

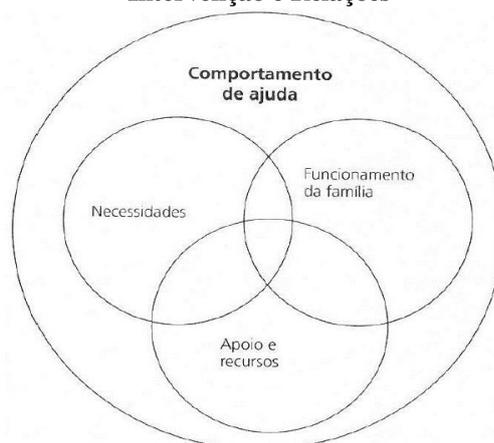
---

<sup>6</sup> Continuidade-descontinuidade em episódios sucessivos do processo proximal.

<sup>7</sup> Periodicidade destes episódios em intervalos de tempo mais latos, tais como dias ou semanas.

<sup>8</sup> Mudanças de expectativas e de acontecimentos na sociedade, enquanto afetando ou sendo afetadas pelos processos e resultados do desenvolvimento da pessoa ao longo do espaço de vida, tanto dentro como através das gerações.

**Figura 6 - Componentes do Modelo de Avaliação e Intervenção e Relações**



*Fonte:* Dunst, Trivette e Deal, 1988, p.10 cit por Aleixo, 2014, p.31

A operacionalização e implementação do Modelo de Apoio Centrado na Família são apresentadas pelos autores Dunst, Trivette e Deal (1988, p.51 cit. por Aleixo, 2014, p.31) da seguinte forma:

1. Identificar as aspirações e projetos da família – partindo dos procedimentos e estratégias de avaliação, baseados nas necessidades da família, de forma a demarcar o que esta considera suficientemente importante;
2. Identificar os pontos fortes e as capacidades da família – isto para realçar aquilo que esta já faz adequadamente, e também, determinar os pontos fortes que aumentam as suas probabilidades de aceder a recursos para satisfazer as suas necessidades;
3. Elaborar um “mapa” referente à rede social e pessoal da família – para identificar tanto as fontes de apoio e recursos existentes, como as potenciais fontes de apoio e assistência;
4. Assumir uma série de papéis diferentes para capacitar e corresponsabilizar a família – para se tornar cada vez mais competente, no que diz respeito à mobilização de recursos que satisfaçam as suas necessidades e que permitam alcançar os objetivos desejados.

Assim, neste processo de avaliação e intervenção, o profissional que presta o apoio à família deve seguir alguns princípios que o levem a: saber reconhecer as necessidades, aspirações e projetos da família; saber identificar os pontos fortes, capacidades e funcionamento familiar; saber reconhecer as fontes de apoio e recursos que atendem às

suas necessidades; alcançar projetos e assumir um papel proativo, de forma a mobilizar os recursos essenciais para o alcance das necessidades da família (Aleixo, 2014, p.31).

Em forma de resumo, Serrano (2007, p.42) afirma que o Modelo de Apoio Centrado na Família tem por base o pressuposto de que o apoio social, caracterizado pelo mesmo como o “fator contextual mais periférico”, possui influências diretas e indiretas no bem-estar e funcionamento da família e, conseqüentemente, no desenvolvimento da criança.

Entretanto, em 2000, Dunst teve a necessidade de rever e modificar alguns conceitos do seu modelo. Tais alterações deram origem a um novo modelo, designado por Modelo de Terceira Geração Baseado na Evidência, terminando com qualquer dúvida referente aos alvos da intervenção familiar.

O presente modelo continua a dar destaque ao apoio social e à necessidade de mobilização das redes sociais de apoio informal, sendo tanto a família como a criança o foco principal da Intervenção Precoce na Infância. Serrano (2007, pp.42-43) refere que as características das relações cuidadores-criança e as características da própria criança devem fazer parte de uma abordagem sistêmica familiar, tal como as influências ambientais, os fundamentos contextuais e socioculturais da aprendizagem da criança, e os papéis e tipo de desempenho dos cuidadores, que têm como fim estimular, de forma mais fácil, as competências da criança.

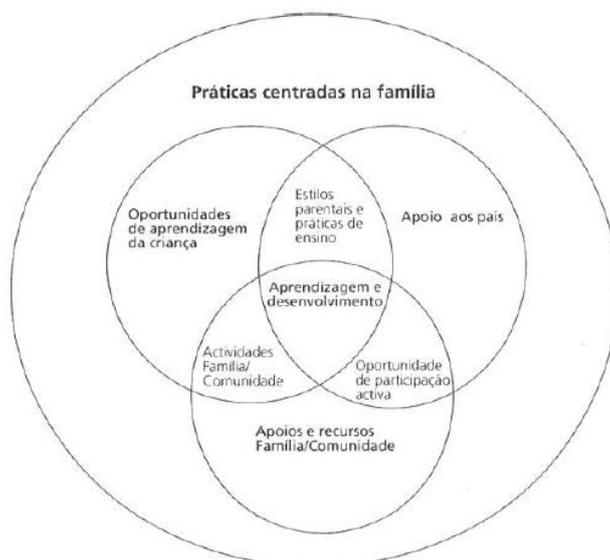
Diferente do primeiro modelo, a figura 7 mostra que a conceptualização da IPI do Modelo de Terceira Geração inclui os seguintes componentes (Aleixo, 2014, p.32):

1. Oportunidades de aprendizagem – para estimular o desenvolvimento da criança. Devem ser interessantes e promover a aquisição de competências, resultando numa sensação de domínio, por parte da criança;
2. Apoios às funções parentais – partilha de informação, conselhos e orientação, com o objetivo de fortalecer as competências dos cuidadores. Estes devem ser capazes de proporcionar oportunidades de aprendizagem, para estimular o desenvolvimento da criança;
3. Apoios familiares e comunitários – abrangem recursos formais, informais e comunitários, para o desempenho de uma parentalidade responsável.

De forma a serem desenvolvidos recursos e apoios para as famílias e para as próprias crianças, é necessário referir que a família “não existe isoladamente, mas está

inserida numa comunidade”, o que leva a que esta também seja “trabalhada no sentido de se tornar um parceiro ativo da intervenção” (Pacheco, 2013, p.10).

**Figura 7 - Componentes de um modelo de IPI e apoio familiar integrado e Baseado na Evidência**



*Fonte:* Serrano, 2007, p.44 cit por Aleixo, 2014, p.33

Assim, Pacheco (2013, pp.10-11) menciona que o presente modelo identifica cinco tipos de práticas, que levam à otimização do desenvolvimento da família e da criança, como por exemplo: (1) práticas com base nas aptidões e forças da família e da respetiva comunidade; (2) um “paradigma sinérgico”, que assenta na capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades para a utilização dos seus próprios recursos, de forma a atingirem os objetivos pretendidos, resultando no seu fortalecimento; (3) a utilização de recursos formais e informais, sendo os últimos mencionados complementares ou substitutos dos recursos formais; (4) práticas centradas na comunidade, estabelecidas pelos recursos e apoios que nelas existem; e por último, (5) soluções de dentro para fora, que incidem nas preocupações, prioridades e desejos dos indivíduos, famílias e comunidades em questão – tendo como prioridade os hábitos, costumes e valores –, assim como os dos grupos e comunidades locais (Trivette, Dunst & Deal, 1997 cit. por Tegethof, 2007).

Contudo, Serrano afirma que os conhecimentos e o entendimento deste modelo em relação às redes de apoio social e à família, entre outros aspetos que possuem o poder de influenciar o desenvolvimento da criança, “assumem um papel relevante na planificação e implementação de serviços” de Intervenção Precoce na Infância com grande qualidade para a criança e respetiva família (2007, p.43).



## **CAPÍTULO 2. A INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA**

### **1. Definição de Intervenção Precoce na Infância**

Após a apresentação da evolução histórica da Intervenção Precoce na Infância, é necessário explicar em que consiste verdadeiramente. Existem diversas definições de múltiplos autores, no entanto, ainda hoje é difícil definir exatamente o que é a IPI.

Como foi referido recentemente, a intervenção em questão abrange crianças dos 0 aos 6 anos de idade, com incapacidades ou deficiências, assim como atrasos de desenvolvimento e/ou em risco. No que concerne a apoios e serviços, conta com o apoio de serviços de Educação, Saúde e Serviço Social, assim como com recursos já existentes na comunidade. Estes serviços podem ser prestados em diversos contextos, com base numa parceria com a família, de forma a serem implementados programas adequados às necessidades das crianças, de modo a melhorar a qualidade de vida das mesmas e das respetivas famílias, em simultâneo. Tendo, ainda, como objetivo diminuir “o máximo de efeitos negativos que determinados fatores provocam no crescimento e no desenvolvimento da criança” (Costa, 2012, p.25).

As famílias são consideradas os “intermediários” entre a criança e a comunidade, tal como afirma Vera Costa (2012, p.25), isto porque o seio familiar se encaixa numa ecologia sistémica social. Efetivamente, mesmo de forma inconsciente, este é influenciado pela sociedade e pela comunidade em geral, o que faz com que não possamos dissociar o desenvolvimento global da criança deste envolvimento.

Inicialmente, a IPI centralizava-se unicamente nas crianças – contrariamente ao que acontece na atualidade. Presentemente, são também incluídas as respetivas famílias, pois estas passam por mudanças que derivam dos problemas das crianças e, muitas das vezes, sentem dificuldades em auxiliá-las. Desta forma, a IPI surge como um meio de auxiliar/apoiar a família e a criança deficiente ou em risco a potencializar ao máximo as suas capacidades, de forma a mitigar ou mesmo ultrapassar os seus potenciais atrasos (Pinto, 1991:49 cit. por Costa, 2012, p.25). Assim, a Intervenção Precoce na Infância constitui um:

“conjunto de medidas de apoio integrado dirigido à criança e família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, no campo da ação social, educação e saúde. Os destinatários são as crianças entre os zero e seis anos, com atraso ou com risco grave de atraso de desenvolvimento e respetivas famílias” (Pereira, 2012, p.38).

Com um conjunto de serviços tão diversificado, a IPI torna-se um serviço multidisciplinar que: promove a saúde e bem-estar das crianças e famílias; reforça as competências emergentes das mesmas, minimizando os seus atrasos de desenvolvimento e disfunções; previne a deterioração funcional; e promove as capacidades parentais adaptativas, assim como o funcionamento familiar em geral (Shonkoff & Meisels, cit. por Boavida & Borges, 2003: 25 cit. por Santos, 2007, p.69).

**Figura 8 - Evolução da Intervenção Precoce na Infância**

SENTIDO DA EVOLUÇÃO	
POPULAÇÃO-ALVO	
Crianças dos 0-3 anos com deficiência	Crianças dos 0-5 anos com deficiência e/ou outros factores de risco, e famílias
CONTEXTO	
Centros de estimulação Centros terapêuticos, Instituições	Contextos naturais (casa, creche,, etc.) Base comunitária
PRÁTICAS	
"Pronto a vestir" (programa standardizado, igual para todos)	"Feitas por medida" Individualizadas
PAPEL DOS PROFISSIONAIS E FAMÍLIAS (respectivamente)	
Peritos / decisores Receptores passivos de serviços	Facilitadores Participantes activos / decisores
OBJECTIVOS / RESULTADOS	
Desenvolim <sup>o</sup> da criança Remediação da deficiência	Prevenção, compensação (deficiência), Inclusão <i>Empowerment</i> / capacitação das famílias
TRABALHO DE EQUIPA	
Multi ou interdisciplinar <i>Uniserviço</i>	Transdisciplinar e Interserviços (com inclusão da família)
ENQUADRAMENTO FILOSÓFICO DA IP	
Focada na criança Baseada nos défices	Centrada na família, baseada nas forças, focalizada na relação, ecológica e reflexiva

*Fonte:* Adapt. Boavida & Borges, 2003 cit por Santos, 2007, p.75

Como a figura 8 demonstra, a IPI passou por uma enorme evolução, designadamente, no que toca à população-alvo, ao contexto, às práticas, ao papel dos profissionais e ao trabalho em equipa, aos objetivos e ao enquadramento filosófico. A Intervenção passou a focar-se mais em todo o meio envolvente da criança e nas forças.

Em relação à prática da IPI, é possível enquadrá-la em concordância com três pressupostos (Shonkoff e Meisels, 2000, p.17 cit. por Tegethof, 2007, pp.61-62):

1. Todos os organismos possuem a capacidade de se adaptar ao seu ambiente e tanto o comportamento como o desenvolvimento não são nem predeterminados nem geneticamente fixos;

2. O desenvolvimento das crianças só pode ser compreendido num contexto ecológico abrangente: família, comunidade;
3. A complexidade das situações na prática da IPI determina a necessidade de uma intervenção interdisciplinar.

Posto isto, a consciencialização de que a resposta mais adequada às necessidades da criança passa pela promoção da qualidade de vida do conjunto da unidade familiar, integrada no seu ambiente envolvente, permitiu a permutação de um modelo de intervenção centrado na criança por um modelo centrado na família e na comunidade, ou seja, conseqüentemente, permitiu a evolução de uma abordagem focada na criança, maioritariamente monodisciplinar, para um modelo de prestação de serviços transdisciplinar e interserviços.

Contudo, Dunst, Trivett e Jodry (1997, p.502) propõem uma nova definição de Intervenção Precoce na Infância, onde substituem os “serviços” por “apoios” e “recursos”, acrescentando o conceito de “redes” e o seu papel de suporte informal. Colocam a ênfase no desenvolvimento das competências da família, sendo considerada a principal estratégia com vista ao apoio e fortalecimento do funcionamento da criança.

Em 2002, Dunst e Bruder (p.365) consideram que a IPI abrange os serviços, apoios e recursos essenciais para responder às necessidades das crianças, com a inclusão de atividades e oportunidades que visam o incentivo à sua aprendizagem e desenvolvimento, e também os serviços, apoios e recursos necessários às famílias, para promoverem o desenvolvimento das crianças, possuindo um papel ativo no processo.

Para concluir, é notória a evolução que este conceito sofreu, pois vai para além da melhoria do desenvolvimento da criança e das características iniciais dos programas, uma vez que, atualmente, as práticas da Intervenção Precoce na Infância englobam diferentes formas de prestação de serviços que recaem sobre díspares populações-alvo, com características diversas. As diferentes formas de prestação de serviços devem-se ao tipo de crianças que os programas abrangem, à forma como estas são identificadas e sinalizadas, ao tipo de serviços que recebem, à estrutura e organização do sistema de prestação de serviços, à existência, ou não, de uma rede de serviços e de recursos da comunidade, e à formação dos que prestam os serviços (Tegethof, 2007, pp.69-71).

Assim, a Intervenção Precoce na Infância possui como eixos: o envolvimento da família; o trabalho de equipa; o Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF); o

funcionamento em rede (intracomunitário); e a formação, supervisão e investigação-ação – os quais vão sendo mencionados e descritos ao longo do documento.

### ***1.1. Princípios Fundamentais da IPI***

Os modelos teóricos que contribuíram para a evolução dos conceitos que sustentam a filosofia alusiva à Intervenção Precoce na Infância permitiram que se chegasse a uma abordagem não apenas centrada na criança, que contempla o seu contexto ambiental e familiar, sendo centrada na família e baseada num modelo de promoção de competências parentais.

Desta forma, a atual metodologia de intervenção centrada na família estipula determinados Princípios Fundamentais da IPI (Portugal e Santos, 2007, pp. 419-420 cit. por Aleixo, 2014, p.22):

1. Ecológica – sendo percecionados os fatores que afetam o desenvolvimento da criança: a sua história, cultura, valores e crenças, centrando-se no contexto mais amplificado em que a criança vive, isto é, a família e a comunidade;
2. Centrada na família – promovendo o desenvolvimento da criança, através da junção das ações assentes nas rotinas e estilos de vida da família, e respeitando as prioridades desta, face ao que considera mais importante para a criança;
3. Focada nas relações entre as crianças e os pais – permitindo o desenvolvimento das interações e a consequente diminuição de interações inadequadas;
4. Baseada nas forças – não permitindo uma intervenção intrusiva e crítica em relação às interações existentes, pois todas as famílias possuem capacidades;
5. Reflexiva – a constante comunicação e reflexão determinam uma flexibilidade na intervenção, incluindo, sistematicamente, informações novas no plano delineado inicialmente, isto de acordo com as prioridades da família.

Os princípios fundamentais dos programas de apoio à família procuram, segundo Dunst, Johanson, Trivette e Hamby (1991, cit. por Pimentel, 2005, p. 65 cit. por Aleixo, 2014, p.23): (1) promover um sentido de comunidade, através da facilitação de contactos entre pessoas que partilham valores e necessidades, de tal forma que criem interdependências mutuamente benéficas; (2) mobilizar recursos e apoios, mediante a

construção de sistemas e redes de apoio formais e, principalmente, informais que consigam encontrar respostas flexíveis e individualizadas às necessidades de cada família; (3) partilhar responsabilidades e favorecer a colaboração entre famílias e profissionais, com o estabelecimento de relações de efetiva parceria; e também (4) proteger a integridade familiar, respeitando as crenças e valores da família.

Contudo, o objetivo aqui é o de permitir fortalecer o funcionamento da família, de forma a promover as capacidades e competências da mesma para movimentar recursos, e não o de focalizar nos aspetos deficitários da família. O que se pretende é a adoção de “práticas proativas por parte de um modelo de promoção de competências e de prestação de serviços à medida do consumidor” (Aleixo, 2014, p.23).

Conclui-se que os princípios relacionados com o apoio centrado na família possuem a sua maior revelação na filosofia de corresponsabilização, em que os pais têm um papel crucial na tomada de decisões, em relação a todos os aspetos do seu envolvimento nos programas da IPI e de serviços de apoio à família. Este tipo de filosofia requer uma mudança na forma de ver as famílias, bem como na definição de papéis e responsabilização dos profissionais, como parte de uma relação de ajuda (Saraiva, 2014, p.40).

Bailey e Wolery, em 1992, apoiantes da perspetiva da intervenção centrada na família, identificaram os seguintes objetivos da IPI: apoiar as famílias para atingirem os seus próprios objetivos; promover o envolvimento, a autonomia e mestria da criança; promover o desenvolvimento em domínios-chave; construir e apoiar as competências sociais da criança; promover a utilização generalizada de competências; proporcionar e preparar experiências de vida normalizadas para as crianças e as famílias; e por último, prevenir a emergência de futuros problemas ou incapacidades (p.35 cit. por Carvalho et al., 2016, p.56).

O primeiro objetivo delineado é considerado o “objetivo primordial” da Intervenção Precoce na Infância, pois este pode ser “determinante para que os restantes objetivos possam ser alcançados” (Carvalho et al., 2016, p.57).

## **2. Princípios relevantes para a prática em IPI**

Torna-se relevante ter em consideração as evidências, relativamente à forma como a criança aprende, assim como a importância dos seus contextos naturais e rotinas, e ainda o papel pertinente da família ou cuidadores principais, para se atingirem os objetivos da

Intervenção Precoce na Infância e a sua operacionalização (Carvalho et al., 2016, p.57). Deste modo, é evidente que a intervenção não se torna eficaz se for apenas direcionada para a criança.

Tal como Sameroff e Fiese (2000 cit. por Carvalho et al., 2016, p. 57) referem, é “fundamental prestar atenção aos fatores ecológicos em que as crianças e as suas famílias estão inseridas e contribuir para mudanças nesses contextos, que potenciem as competências existentes” nas mesmas. Trata-se de uma “abordagem psicobioecológica e holística da IPI”, que abrange as seguintes práticas recomendadas internacionalmente: intervenção centrada na família e baseada nas rotinas; intervenção em contextos naturais de aprendizagem; trabalho em equipa, preferencialmente transdisciplinar; e coordenação e integração de serviços e recursos (Carvalho et al., 2016, p.57).

### ***2.1. Intervenção centrada na família e baseada nas rotinas***

Esta intervenção diz respeito não apenas à criança, mas sim à conjugação da criança, família e comunidade. Tendo em conta que a família é o ponto mais próximo da criança, esta intervenção tem como foco respeitar as decisões da mesma. Em relação aos seus serviços, estes devem ter a preocupação de “fortalecer o seu funcionamento e de manter e melhorar o bem-estar da unidade familiar” (Bailey & McWilliam, 1993; Bailey, 1994; Dunst, Trivette & Deal, 1988; Turnbull, Turbiville & Turnbull, 2000 cit. por Tegethof, 2007, p.93).

O *Beach Center on Families and Disability* define as práticas centradas na família como as que: (1) dão o poder de decisão à família e a envolvem no planeamento, avaliação e intervenção; (2) intervêm junto da família e não apenas junto da criança; (3) definem os objetivos e a intervenção, em função das prioridades da família; e (4) respeitam a escolha da família, no que diz respeito ao seu grau de envolvimento no programa (Murphy, Lee, Turnbull e Turbiville, 1995 cit. por Tegethof, 2007, pp.93-94).

Assim, uma intervenção centrada na família e na comunidade diminui os *deficits* da família e, em contrapartida, valoriza as suas forças, escolhas e decisões, desenvolvendo uma intervenção individualizada, que tem por base a relação de cooperação entre família e profissionais (Dunst, Trivette & Deal, 1994 cit. por Tegethof, 2007, p.94). O objetivo desta intervenção consiste em permitir que a família adquira um nível de autonomia elevado que lhe permita gerir, por si só, os problemas do quotidiano. Para isto, “parte das competências que existem em todas as famílias e recorre à utilização dos recursos formais e informais

existentes na sua comunidade para atingir os objetivos identificados pela família e para promover a sua inclusão” (Tegethof, 2007, p.94).

Contudo, esta intervenção implica mudanças no papel dos profissionais, não só na forma de prestação de serviços, mas também no modo como os próprios profissionais olham para o seu novo papel. As funções deixam de estar na base de fornecer indicações à família sobre o que devem fazer e, até mesmo, de serem os profissionais a terem de o fazer pela família, e passam a estar presentes apenas na “retaguarda, como facilitadores ou “catalisadores”, proporcionando o apoio necessário para que seja a família a tomar nas suas mãos a resolução dos seus problemas” – afirma Tegethof (2007, p.94). Os profissionais passam a estar num nível igual ao da família.

Esta abordagem será apresentada de forma mais descritiva no Capítulo 4.

## ***2.2. Intervenção em contextos naturais de aprendizagem***

Como referido ao longo do documento, o objetivo principal da IPI diz respeito ao desenvolvimento da criança, através de práticas desenvolvimentais individualmente apropriadas, de acordo com o meio envolvente da mesma e da sua família – neste caso, ambientes de aprendizagem naturais da criança. Tendo em conta que a intervenção deve desenvolver-se em ambientes naturais, inserida nos contextos de vida da criança, da família e da comunidade, envolvendo todos os parceiros interativos, também deve ser individualizada e beneficiar do máximo de oportunidades de aprendizagem que surgem neste campo (Tegethof, 2007, p.95).

Entende-se por ambientes naturais “cenários que são, por norma, frequentados pelas crianças do mesmo leque etário sem necessidades educativas especiais, incluindo a casa e outros cenários da comunidade”, definidos pela legislação americana no acrescento de 1991 à IDEA (PL 102-119). Sempre que necessário, a intervenção deve ser feita nos ambientes naturais das crianças, todavia, também existem especificidades da problemática de algumas crianças que não permitem que isto seja desenvolvido. Neste último caso, a intervenção deve ser realizada em cenários que possivelmente respondam às necessidades em questão, e em que os serviços prestados vão ao encontro dos valores, necessidades e prioridades das suas respetivas famílias (Bricker, 2001).

Sendo o papel das famílias fundamental, os autores Tisot e Thurman (2002) afirmam que estas deveriam ser fortalecidas, para poderem ser elas próprias a decidir qual o ambiente natural que melhor responde às necessidades da criança e às suas próprias

necessidades, podendo este lugar não ser o mesmo escolhido pelo profissional. Isto potencializaria a implementação de uma verdadeira intervenção centrada na família.

As práticas desta intervenção devem ser, sempre que possível, “iniciadas e dirigidas pela criança e mediatizadas pelo adulto”, segundo a autora Tegethof (2007, p.95), que acrescenta que destas resulta a ênfase na participação da criança e da sua família em “cenários inclusivos”, que são relevantes, por proporcionarem “atividades e oportunidades de aprendizagem típicas para as crianças da mesma idade e para as suas famílias”.

Dunst e respetivos colaboradores apresentaram, em 2001, uma redefinição do conceito de “ambientes naturais”, recomendando a utilização da designação mais específica “ambientes naturais de aprendizagem” – inclui onde e como devem decorrer as práticas funcionais da intervenção delineada.

A preocupação com o envolvimento ativo da criança e com o respetivo carácter individualizado e funcional da aprendizagem cabia, em meados dos anos 80, à *National Association for the Education of Young Children* (NAEYC), designando as “práticas desenvolvimentalmente adequadas” para as crianças, desde o seu nascimento até aos 8 anos de idade, mencionadas a seguir. Klein e Gilkerson (2000 cit. por Tegethof, 2007, p.95), por seu turno, apontam para uma mudança de intervenção com as crianças, centrada numa abordagem “naturalista, interativa e integrada”. Esta pode ser ilustrada por dois modelos, que têm múltiplos pontos em comum: o modelo de intervenção baseado nas atividades e o modelo de práticas contextualmente mediadas.

#### *a) Práticas desenvolvimentalmente adequadas*

As práticas desenvolvimentalmente adequadas são definidas por Bredekamp (1992 cit. por Tegethof, 2007, p.100) como “atividades de ensino/aprendizagem que têm simultaneamente em conta a idade de desenvolvimento da criança e as suas características individuais”. Estas têm em conta os interesses e as competências que se espera encontrar numa criança típica com o mesmo nível de desenvolvimento, mas também as “necessidades, competências, motivações, traços de personalidade, ritmo de aprendizagem e envolvimento familiar específicos de cada criança em particular” (Tegethof, 2007, p.100).

Reconhece-se que crianças que possuem ou não NEE aprendem e desenvolvem as suas capacidades, quando se encontram em interação com outras crianças, adultos ou materiais, permitindo a aprendizagem através da exploração ativa do meio ambiente e do

contacto com os outros. Isto levou a que se considerasse o desenvolvimento de atividades iniciadas e dirigidas pela criança e também apoiadas pelos adultos – componentes essenciais das práticas desenvolvimentalmente adequadas (Tegethof, 2007, pp.100-101). Desta forma, as crianças aprendem quando experimentam e manipulam os materiais, assim como por observação e imitação dos comportamentos dos outros indivíduos. No entanto, o desenvolvimento nem sempre é promovido por toda a interação social, só é feito por aquelas que “caem dentro da zona de desenvolvimento da criança”, como refere Vygosky, em 1978 (Tegethof, 2007, p.101).

Estas práticas de ensino/aprendizagem oferecem à criança um “contexto de ensino organizado, em que ela possa aprender de uma forma natural, através da sua própria experiência por tentativa e erro, imitação e repetição das experiências gratificantes, com o apoio e encorajamento de um adulto atento e carinhoso” (Tegethof, 2007, p.102).

A preocupação de utilizar estas práticas com crianças com Necessidades Educativas Especiais começa a surgir, com algumas adaptações, integrando o conceito de inclusão. Estas práticas são, de facto, um instrumento importante, no que diz respeito à inclusão de crianças com NEE em contextos educativos formais, incluindo “não só o cenário em termos físicos, mas também atividades aí desenvolvidas e/ou o conteúdo do currículo”, afirma Tegethof (2007, p.102).

#### *b) Modelo de intervenção baseado nas atividades*

O modelo de intervenção baseado nas atividades salienta a necessidade de utilizar como atividades de aprendizagem aquelas que são consideradas “funcionais, significativas e motivantes para a criança, despertando, portanto, o interesse e promovendo o seu envolvimento ativo, além de tenderem a ocorrer de forma regular no dia-a-dia da família” (Bricker & Cripe, 1992; Woods-Cripe, 1999, 2001; Godstein, 2003 cit. por Tegethof, 2007, p.102). Assim, este modelo permite desenvolver as capacidades da criança, de forma a agir eficazmente no seu contexto rotineiro.

As atividades de intervenção do modelo são qualificadas por abrangerem todas as áreas de desenvolvimento, integradas nas rotinas do quotidiano, iniciadas e dirigidas pela criança, e por fim, apoiadas pelo adulto, “culturalmente sensíveis e promovendo o envolvimento da família” (Tegethof, 2007, p.102). O papel do adulto e/ou do profissional é o de facilitador, uma vez que se encontra constantemente presente, de forma a criar diversas atividades que, conseqüentemente, proporcionam uma exploração ativa e uma

interação por parte da criança. De acordo com o desenvolvimento notório da criança, quando esta começa a ter o domínio da atividade, o adulto/profissional deve complexificar as tarefas e, simultaneamente, diminuir o apoio prestado.

O conceito de rotinas encontra-se presente na descrição do modelo, por se tratar de acontecimentos regulares e previsíveis no quotidiano da criança e da família, proporcionando um “quadro de referência familiar para as atividades de ensino-aprendizagem do prestador de cuidados e da criança”, define Tegethof (2007, p.103), concluindo que “uma prática de intervenção baseada nas rotinas é uma componente essencial dentro de um modelo centrado na família e na comunidade, uma vez que, ao assentar naquelas que são as atividades diárias da criança e da família, está a criar o contexto ideal para um envolvimento ativo da família e para a utilização dos recursos da comunidade” (2007, p.14).

As características das atividades deste modelo são semelhantes às práticas desenvolvimentalmente adequadas, tendo em conta que a teoria sociocultural do desenvolvimento de Vygotsky também constitui o principal quadro de referência do modelo, em termos teóricos. Pode afirmar-se que o modelo de intervenção baseado nas atividades é uma ponte de ligação entre as práticas desenvolvimentalmente adequadas e o modelo de práticas contextualmente mediadas, descritas a seguir, distinguindo-se em alguns aspetos.

### *c) Modelo de práticas contextualmente mediadas*

O modelo de práticas contextualmente mediadas é referido por diversos autores, por se enquadrar no quadro de referência de uma intervenção, nos ambientes naturais de aprendizagem da criança, pois utiliza práticas desenvolvimental e individualmente apropriadas. Dunst (2000b, 2005 cit. por Tegethof, 2007, p.104) realça que este modelo é “apenas uma das componentes de um modelo mais abrangente e integrado de intervenção precoce e de apoio à família que visa apoiar e fortalecer o funcionamento da criança, dos pais e da família”.

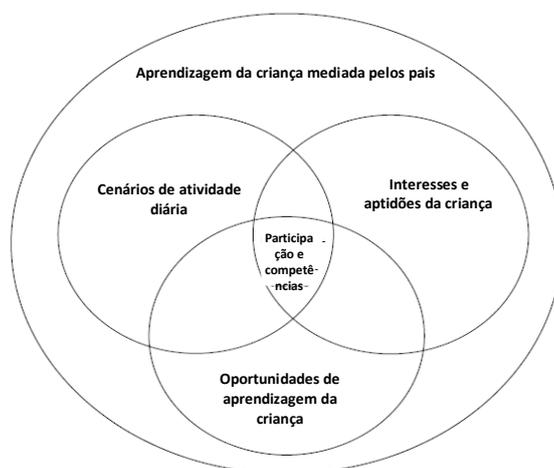
Efetivamente, características pessoais, em conjunto com as características dos contextos que fazem parte do quotidiano, influenciam as aprendizagens e o desenvolvimento da criança, uma vez que estas características abrangem “experiências e oportunidades sociais e não sociais, que são proporcionadas às crianças através da sua vivência diária enquanto elementos de uma família e de uma comunidade específicas. A

participação das crianças nestas experiências é influenciada, quer pela forma como os pais e outros prestadores de cuidados utilizam estas oportunidades para promover a sua aprendizagem, quer pelos seus interesses e aptidões pessoais” (Tegethof, 2007, p.105).

Desta forma, o papel da família é o de mediadora, ao contrário do modelo anterior, em que o seu papel seria o de facilitadora, assim como o do profissional. Aqui, o papel do profissional passa por apoiar a família a ser capaz de proporcionar experiências à criança.

Em 2006, Dunst (p.2 cit por Tegethof, 2007, p.105) defendeu a utilização deste modelo, de forma a fortalecer a confiança e as capacidades da família, assim como da criança, isto através de oportunidades de aprendizagens diárias, consoante os interesses da mesma. Tendo como objetivo capacitar a família a retirar, das suas rotinas e das da criança, oportunidades de aprendizagem motivadoras e de acordo com os interesses da criança, para que esta pratique as competências que possui, adquira novas competências e consiga explorar as suas próprias capacidades. É, de facto, através do meio envolvente que a criança começa a compreender a ligação entre os seus comportamentos e as possíveis consequências que deles advêm, dominando a situação e proporcionando o desenvolvimento de novos interesses.

**Figura 9 - Componentes do modelo de práticas contextualmente mediadas**



*Fonte:* Adapt. Dunst, 2006 cit por Tegethof, 2007, p.106

Como a Figura 9 demonstra, o modelo é constituído por quatro componentes práticas:

1. Cenários de atividade diária: locais onde a criança participa em atividades que promovem a sua aprendizagem, isto é, o meio envolvente em que a aprendizagem ocorre

naturalmente (Dunst e Bruder, 1999a cit. por Tegethof, 2007, p.106). São oportunidades de aprendizagem da vida real, que levam a criança a obter o próprio sentido das suas capacidades e da natureza dos outros indivíduos e/ou objetos, que dão origem a experiências planeadas e não planeadas, estruturadas e não estruturadas, intencionais e ocasionais e contextualizadas e descontextualizadas (Dunst & Hamby, 1999a, b; Dunst et al., 2000 cit. por Tegethof, 2007, p.107).

2. Interesses e aptidões da criança: os interesses são caracterizados como a base que possibilita o envolvimento da criança nas atividades diárias, servindo de contexto à aprendizagem e possuindo uma característica pessoal (ex.: gostos, forças, preferências) ou envolventes (aspectos do meio envolvente, por exemplo: acontecimentos, pessoas e/ou objetos). Isto é, os primeiros dizem respeito a aptidões que as crianças possuem, que desenvolvem ou mantêm o seu envolvimento e participação nas suas atividades diárias; os segundos despertam a atenção e curiosidade da criança.

Desta forma, Tegethof afirma que o “interesse desencadeia o envolvimento nas atividades, que por seu lado cria oportunidades para a aquisição de novas competências, para praticar as já existentes e para explorar o meio envolvente, levando a criança a sentir que domina as suas próprias capacidades, ações e respostas aos indivíduos e objetos” (2007, p.108). Enquanto as aptidões das crianças permitem, assim, a aquisição de novas competências, partindo das já existentes.

3. Incremento das oportunidades de aprendizagem da criança – uma vez que o desenvolvimento da criança acontece consoante os seus interesses e a participação em atividades diárias, é necessário aumentar as suas oportunidades de aprendizagem, mediante a criação de novos cenários. Tal como Dunst e Bruder (1999 cit. por Tegethof, 2007, p.109) demonstram, “qualquer cenário de atividades é fonte de numerosas e diversas oportunidades de aprendizagem”, assim como a frequente participação em diversas “atividades diárias da família e da comunidade aparece associada a resultados positivos na criança e nos pais” (Trivette, Dunst e Hamby, 2004 cit. por Dunst, 2006 cit. por Tegethof, 2007, p.109).

4. Aprendizagem da criança mediada pelos pais – nestas aprendizagens, os pais possuem o papel de mediadores, proporcionando à criança oportunidades diárias de aprendizagem, baseadas nos seus interesses, o que pode originar efeitos positivos tanto na criança como nos pais. Em contrapartida, o papel dos profissionais é o de apoiar e

fortalecer as capacidades dos pais para compreenderem, reconhecerem e utilizarem essas mesmas oportunidades de aprendizagem, ou seja, não intervêm diretamente com a criança.

Tegethof (2007, p.110) apresenta três componentes que envolvem a mediação: (a) planejamento, que “implica a identificação dos interesses da criança e das atividades diárias que constituem as melhores oportunidades de aprendizagem”; (b) implementação, que, por sua vez, “implica um esforço no sentido de aumentar o número, a frequência e a qualidade da participação da criança numa variedade de cenários de atividades e aquilo que os pais fazem para o conseguir. Apoiar a participação das crianças nos cenários de atividade diários, através de uma atitude responsiva”; e por último, (c) avaliação, que “implica uma apreciação, por parte dos pais, sobre se as oportunidades de aprendizagem diárias se traduziram em benefícios para o seu filho e sobre até que ponto o apoio que lhes proporcionaram foi eficaz. Uma avaliação positiva vai fortalecer a confiança nas suas competências enquanto pais, daí a importância de os envolver em reflexões e discussões sobre as decisões e atitudes que tomaram, bem como sobre os seus efeitos”.

Após os quatro componentes descritos, o modelo de práticas contextualmente mediadas visa principalmente dois resultados: a participação da criança nos cenários de atividades e o aumento das competências, isto é, os resultados esperados deste modelo são o aumento da participação da criança em atividades diárias, cultural e socialmente significativas, que lhe possibilite aprender, praticar e aperfeiçoar competências que, conseqüentemente, facilitem a sua inserção em grupos e contextos socioculturais, com o objetivo de fortalecer as competências e a autoconfiança, tanto da criança como dos pais.

Assim, a competência da criança engloba os comportamentos que a mesma utiliza para iniciar e/ou manter interações com pessoas e objetos. No que diz respeito à competência dos pais, esta é a capacidade dos mesmos de: identificar, inicialmente, os interesses da criança; de seguida, selecionar as atividades da vida diária que proporcionem contextos de aprendizagem eficazes, baseadas nos interesses; aumentar a participação da criança nessas mesmas atividades; e, por fim, proporcionar apoio constante à aprendizagem da criança, nesses contextos (Tegethof, 2007, p.111).

Para concluir, percebe-se que o objetivo da utilização das práticas contextualmente medidas não passa por colocar os pais a desenvolver terapias/intervenções, mas sim, aumentar a competência e a autoconfiança da criança, através de aprendizagens iniciadas e dirigidas por si própria, em cenários da vida quotidiana da família e/ou comunidade, proporcionados pelos pais. Isto tudo com o apoio constante dos profissionais no

fortalecimento das capacidades dos pais. Deste modo, é possível atingir o objetivo da IPI, uma vez que se incrementa as competências e autoconfiança da criança e dos pais, “a par do reconhecimento das suas próprias capacidades” (Dunst, 2006 cit. por Tegethof, 2007, p.111).

### ***2.3. Coordenação e integração de serviços e recursos***

Tal como a Intervenção Precoce na Infância o exige, é necessário um conjunto diversificado de profissionais, devido às necessidades múltiplas das crianças e das suas famílias. O conjunto de profissionais engloba explicitamente as áreas da educação, da saúde e da segurança social. No entanto, existem casos em que é necessária a intervenção de outros serviços, apoios e recursos que provêm da comunidade, implicando uma coordenação eficaz. Assim, este ponto faz referência ao conjunto de esforços que constituem as respostas à IPI:

#### *a) Trabalho de equipa em Intervenção Precoce na Infância*

Uma intervenção eficaz necessita de ter em conta os diversos níveis do contexto ecológico da criança e as múltiplas interações que nele decorrem, uma vez que a abordagem ecológica dá relevância às interações e transações que se estabelecem entre a criança, a família e a comunidade, em termos do desenvolvimento da criança. Isto é, em vez de a resposta ser dada por um único profissional, é dada por diversos profissionais, que pertencem a diferentes áreas de especialização, diferentes serviços e diferentes recursos.

Porém, não tem sido fácil o desenvolvimento de um modelo de prestação de serviços que seja satisfatoriamente flexível, com o objetivo de “incorporar uma multiplicidade de respostas e, simultaneamente, capaz de individualizar essas respostas em função da especificidade de cada situação” (Tegethof, 2007, p.113). É importante que a equipa seja composta por um conjunto de profissionais que detenham conhecimentos e competências na sua área de especialização, mas também orientação para a família.

Após um estudo realizado por Larson e LaFasto, em 1989 (cit. por Bruder, 1996 cit. por Tegethof, 2007, pp.113-114), com a duração de 3 anos, onde se analisaram as características e atributos de 27 equipas que funcionavam em áreas distintas, concluiu-se que as equipas eficazes se caracterizavam por possuírem:

1. Objetivo claro e fortemente valorizado;

2. Estrutura de equipa dirigida para os resultados – concentrada em alcançar os objetivos traçados. Sendo identificados três tipos de equipas, como a equipa de resolução de problemas, a equipa criativa e a equipa tática;
3. Quatro elementos que condicionam a eficácia e que são comuns aos três tipos de equipas – papéis e responsabilidades claramente definidos, sistema de comunicação eficaz, monitorização da realização individual, aliado ao *feedback* dessa mesma monitorização e uma avaliação baseada em factos objetivos;
4. Elementos da equipa competentes – possuem competências técnicas e competências de colaboração, com o objetivo de contribuir para os resultados e a capacidade de trabalhar em conjunto;
5. Empenhamiento comum – dedicação aos objetivos e sucesso da equipa, facilitado pela participação dos elementos da mesma, em todos os passos da tomada de decisão;
6. Clima de colaboração – trabalho realizado em conjunto, necessitando de algumas características como confiança, honestidade, sinceridade, consistência e respeito. Sendo a confiança a base de uma equipa;
7. Critérios de excelência – referentes a um padrão de desempenho que as equipas eficazes pretendem alcançar, englobando tanto padrões individuais como da equipa;
8. Apoio e reconhecimento externo – fatores proporcionados às equipas eficazes, de forma a oferecer os recursos necessários para um bom desempenho no trabalho;
9. Liderança com base em princípios – dimensão mais decisiva para a eficácia de uma equipa, pois uma liderança eficaz é focada nos objetivos da equipa, abre perspectivas, cria mudança, faz surgir talentos, autonomiza e propicia a tomada de decisões.

Posto isto, pode afirmar-se que a liderança é uma das componentes mais importantes, relativamente à qualidade dos programas de intervenção, estando a qualidade dos líderes fortemente relacionada com a qualidade dos prestadores de serviços. Os líderes que proporcionam uma formação em serviço, supervisão e apoio, tanto informativo como

emocional, permitem o desenvolvimento das competências dos elementos de uma equipa em IPI, existindo inúmeras qualidades aplicadas a líderes bem-sucedidos.

Contudo, Bruder (2000a cit. por Tegethof, 2007, p.115), relativamente à área da Intervenção Precoce na Infância centrada na família, salienta a importância da evolução de “um modelo mais assente na gestão de serviços e recursos, mais focado nas estruturas, no financiamento, procedimentos e políticas, para um modelo de liderança mais inovador, baseado nos valores, na eficácia e nos resultados”. Assim, as equipas têm sido identificadas consoante o papel e a função dos seus elementos, compondo diferentes modelos, como apresenta a figura 10.

**Figura 10 -Modelos de equipas em IPI**

Modelos	Descrição	Avaliação	Planeamento da Intervenção	Intervenção
<b>Multidisciplinar</b>	Os profissionais de várias disciplinas trabalham em separado, podendo não se ver a si próprios como elementos de uma equipa. A família reúne-se individualmente com os elementos da equipa. A formação em serviço é individual.	Os elementos da equipa fazem avaliações específicas em separado	Os elementos da equipa planeiam a intervenção em separado.	Os elementos da equipa implementam, em separado, o seu plano específico de intervenção.
<b>Interdisciplinar</b>	Os profissionais de várias disciplinas podem trabalhar em separado, mas reúnem-se regularmente para o estudo de casos. A família reúne-se com a equipa ou com o seu representante e pode, ou não, ser considerada como parte da equipa. A formação em serviço é frequentemente partilhada.	Os elementos da equipa fazem avaliações específicas em separado mas partilham os resultados. Podem usar um instrumento comum.	Os elementos da equipa planeiam em separado mas partilham com os restantes, a fim de construir um plano de intervenção comum.	Os elementos da equipa implementam os aspectos específicos do plano que lhes competem e, se possível, abrangem também outros aspectos.
<b>Transdisciplinar</b>	Os profissionais de várias disciplinas trabalham em conjunto, reunindo-se regularmente para troca de informações, conhecimentos e competências. A formação em serviço partilhada é uma prioridade. A família é sempre membro activo e participante da equipa e define o seu próprio papel.	Os elementos da equipa e a família planeiam e realizam a avaliação em conjunto.	Os elementos da equipa e a família planeiam em conjunto a intervenção, baseando-a nas preocupações, prioridades e recursos da família.	É designado um técnico responsável para implementar o plano com a família, com o apoio de retaguarda de toda a equipa.

**Fonte:** Adapta. McGonigel Wodruff e Roszmann-Millican, 1994 cit por Tegethof, 2007, p.115

O modelo multidisciplinar familiarizou a ideia de equipa e foi o ponto de partida para o desenvolvimento dos modelos seguintes: o modelo interdisciplinar e o modelo transdisciplinar. Ainda sobre o primeiro modelo, este é considerado o menos eficaz para respostas abrangentes e integradas à criança e à sua família, devido à mínima integração e colaboração entre os profissionais de diferentes especialidades. É no modelo interdisciplinar que se começa a verificar uma partilha continuada de informação entre os diversos profissionais, que permite a integração da criança e da família. Aqui, os cuidadores começam a colaborar e a fazer parte da equipa; desta forma, sente-se “a necessidade de se desenvolver uma linguagem comum, característica das equipas

transdisciplinares, razão por que a formação já é muitas vezes partilhada” (Tegethof, 2007, p.117).

Tendo em conta as diversas necessidades que os modelos possuem, surge o modelo transdisciplinar, que é, atualmente, a prática recomendada em IPI, por deter uma “abordagem holística e completa que faz à criança e à família”, devido à partilha de competências entre os diversos profissionais, “sendo incompatível com uma prestação de serviços fragmentada” (McWilliam, 2000, Bruder, 1996; Sandall, 1997 cit. por Tegethof, 2007, p.117). Este modelo “defende que o desenvolvimento da criança deve ser visto como integrado e interativo e que as respostas devem ser dadas no contexto da família”, ou seja, a família começa a ser considerada parte integrante da equipa, tendo em conta a sua decisão, no que diz respeito à “natureza e à extensão desse envolvimento” (Tegethof, 2007, p.117).

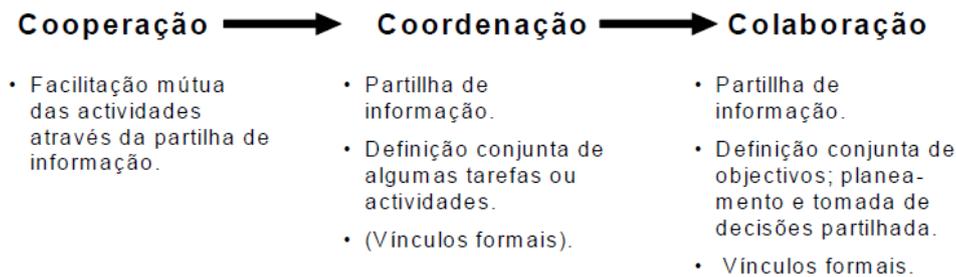
O modelo transdisciplinar implica um elevado grau de colaboração e de transferência de papéis, de forma a maximizar a comunicação e a interação entre os elementos da equipa, levando a intervenção a originar uma resposta integrada à criança e à sua respetiva família, coisa que os modelos anteriores não conseguiram alcançar. É através deste processo de colaboração que se torna possível a resolução de problemas, pois todos contribuem de igual forma com os seus conhecimentos e competências.

#### *b) A colaboração e coordenação de recursos e serviços*

Para que a Intervenção Precoce na Infância responda a todas as necessidades da criança e da família, é imprescindível uma prática integrada e transdisciplinar, não contando apenas com a intervenção de profissionais de diferentes disciplinas, mas também, com respostas oriundas de serviços diversificados: educação, saúde e segurança social, assim como todos os recursos existentes na comunidade – coordenação de serviços. Esta coordenação é caracterizada por um “esforço de cooperação e coordenação de profissionais de diversas disciplinas, diversos serviços e diversas fontes de financiamento, conciliando objetivos e metodologias, com vista a atingir um objetivo comum: responder às prioridades e necessidades das crianças com necessidades educativas especiais ou em risco e às das suas famílias, de uma forma consistente e integrada” – define Tegethof (2007, p.119).

No entanto, como a figura 11 demonstra, existe uma evolução dos conceitos, passando de cooperação para colaboração.

**Figura 11 - Continuum da coordenação**



*Fonte:* Adapt. Sandall, 1997 cit por Tegethof, 2007, p.119

Desta forma, a colaboração é definida por Brown e Conroy (1997 cit. por Tegethof, 2007, p.119) como o “respeito mútuo, o desejo de resolver os problemas em função de objetivos comuns, a partilha de responsabilidades na concretização desses objetivos, uma comunicação verdadeira e honesta e a divulgação de toda a informação essencial para os objetivos em jogo”. A colaboração dá origem a uma relação mais contínua e intensa entre os serviços, aproximando-se do modelo transdisciplinar do trabalho em equipa, não deixando de existir a cooperação e coordenação, pois estas são essenciais para a colaboração.

Contudo, os autores Dunst e Bruder, em 2002, apresentaram diversos resultados de uma coordenação de serviços e recursos adequada: “acesso mais fácil aos serviços, melhor informação às famílias, maior disponibilização 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 dos pais e da família, aumento do bem-estar dos pais e da família, melhoria nos resultados a nível da criança e indicadores mais positivos de satisfação dos pais e das famílias” (cit. por Tegethof, 2007, p.120). É de veras importante o papel de um coordenador de serviços, que será caracterizado de seguida, para dar origem a uma coordenação eficaz.

### *c) Papel do coordenador de serviços*

Sendo necessário o acesso a diversificados serviços para resolver os problemas e necessidades da criança e da sua família, e tendo o profissional o papel de ajudar a família a aceder a esses diferentes serviços/técnicos e a monitorizar o desenvolvimento da intervenção, é necessário nomear esse profissional. Tradicionalmente, em meados dos anos 80 ou 90, a sua designação passava por “gestor de caso”; atualmente, é “coordenador de

serviços”. O primeiro tem como objetivo proporcionar à família a coordenação dos serviços e o acesso que se considera benéfico para a criança e para a sua família. No entanto, esta perspetiva assentava numa visão deficitária da família, uma vez que esta possuía um papel reduzido, ao nível do planeamento e disponibilização dos serviços e apoios à criança, criando um sentimento de incapacidade seguido de dependência.

Todavia, a designação de coordenador de serviços diz respeito a uma coordenação conjunta com a família, serviços e recursos para responder às necessidades mencionadas pela criança e pela família, sendo identificados por esta última. Desta forma, o coordenador de serviços possui o papel de ajudar a família a adquirir competências, para ser ela própria a organizar e mobilizar os referidos serviços e recursos, fortalecendo o seu sentimento de controlo e autonomia. Um coordenador de serviços é competente para uma coordenação eficaz, possuindo estratégias de ajuda também elas eficazes, destacadas por Sandall (1997, cit. por Tegethof, 2007), que utiliza, com o objetivo de fortalecer a família: (a) apoio contingente, que consiste numa ajuda contingente ao comportamento do indivíduo, sendo aplicada quando este se encontra ativamente envolvido na resolução dos seus problemas (sentimento de controlo sobre o processo); (b) experiências capacitantes, que permitem uma participação ativa da família nas decisões que a afetam (sentimento de controlo sobre os acontecimentos futuros); e (c) fortalecimento, que reconhece que a família já possui competências, sendo o contexto social um dos seus fatores limitadores.

#### *d) Modelo de práticas de intervenção baseadas nos recursos*

A comunidade é considerada uma fonte de apoio e recursos, tanto para a criança como para a sua família, estando o modelo de práticas de intervenção baseado nos recursos – delineado por Trivette, Dunst e Deal em 1997 –, situado na perspetiva sistémica, por defender uma intervenção centrada na família. Assim, estas práticas são identificadas por um conjunto de estratégias que têm como objetivo mobilizar e proporcionar à criança e à família apoios e recursos que respondam às suas necessidades.

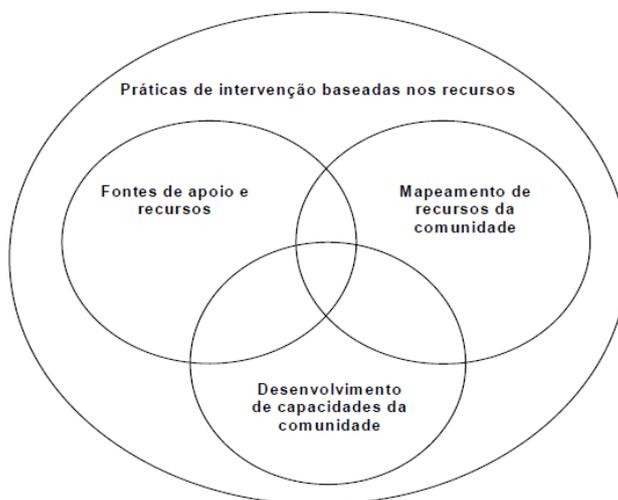
A perspetiva do modelo dá ênfase tanto ao apoio prestado pelos profissionais como abrange os recursos formais – recorrendo “a toda e qualquer fonte potencial de apoio disponível na comunidade” – e os recursos informais – “considerados como uma alternativa de resposta à criança e à família” (Tegethof, 2007, p.121). Trata-se de uma prática que, por ser mais variada e flexível, funciona como uma fonte de fortalecimento

para a família, baseando-se nas potencialidades e capacidades dos indivíduos e das comunidades.

Mott, em 2005, dentro do quadro de referência das práticas de intervenção baseadas nos recursos, apresenta definições operacionais específicas para o conceito de recursos, serviços e fonte de apoios. Relativamente aos recursos, estes constituem um conjunto de apoios ou ajudas possíveis de que um indivíduo ou um grupo de indivíduos necessitam, tendo como exemplos de ajudas: a disponibilização de informações, orientações e aconselhamento, a troca de experiências e a oportunidade de participação em diferentes atividades (cit. por Tegethog, 2007, p.122). Os serviços são definidos como “atividades com um carácter próprio desenvolvidas por um profissional ou serviço para apoiar um indivíduo ou grupo (ex.: terapia da fala ou educação especial)” e, por fim, as fontes de apoio dizem respeito às pessoas, locais e/ou organizações que conseguem oferecer os recursos desejados (Tegethof, 2007, p.122).

Desta forma, o modelo de práticas de intervenção baseadas nos recursos compreende três componentes, apresentados na figura 12.

**Figura 12 - Três principais componentes do Modelo de práticas de intervenção baseadas nos recursos**



**Fonte:** Adapt. Trivette, Dunst e Deal, 1997 cit por Tegethof, 2007, p.123

1. Fontes de apoio e recursos: englobam todos os tipos de apoio e ajuda possíveis, provenientes da comunidade (informações, apoio emocional ou material), utilizados pela família para o alcance dos objetivos pretendidos. Desta forma, o papel do profissional passa por ajudar a família a identificar e ter acesso aos recursos (formais ou informais) de

que necessitam, e também a adquirir competências para começar a fazê-lo por si só ou com a mínima orientação.

2. Desenvolvimento de capacidades da comunidade: conjunto de estratégias de sensibilização e de apoio destinadas a tornar a comunidade mais receptiva e capaz de dar respostas a crianças com NEE e às suas famílias. Este processo é constituído por três fases, delineadas por Trivette, Dunst e Deal: (a) identificar as forças dos indivíduos e dos grupos da comunidade; (b) demonstrar de que forma essas forças podem responder às necessidades da criança e das famílias; e também (c) eliminar as barreiras, utilizando outros recursos, quando necessário. Neste desenvolvimento, o papel do profissional é o de fortalecer a família, a partir de uma ajuda participativa (Dunst, 2000b, p.123), potenciando a sua autonomia e inclusão plena.

3. Mapeamento de recursos da comunidade: processo contínuo de recolha de informação, com o propósito de identificar os locais onde se situam os apoios e recursos da comunidade, úteis para responder aos objetivos pretendidos.

Este modelo apresenta os cinco tipos de práticas que conduzem à otimização dos resultados das crianças e das respetivas famílias, referidos no Modelo de Terceira Geração Baseado na Evidência, de Duns: práticas baseadas nas aptidões ou forças, paradigma sinérgico, utilização de recursos formais e informais, práticas centradas na comunidade e soluções de dentro para fora. Os objetivos e as intervenções são definidos e conduzidos de acordo com os desejos dos respetivos alvos da intervenção, respeitando os costumes, valores e hábitos dos grupos e comunidades locais (Tegethof, 2007, p.122).



### **CAPÍTULO 3. INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA CENTRADA NA FAMÍLIA BASEADA NAS ROTINAS**

#### **1. Conceito centrado na família baseado nas rotinas**

Com a evolução da Intervenção Precoce na Infância, aparece a importância do papel da família nas suas práticas. Inicialmente, os pais eram como que uma extensão dos profissionais, desenvolvendo atividades educativas em casa. Posteriormente, a IPI passou a focar-se no conjunto do sistema familiar, enfatizando a interação pais-criança. No entanto, “nem todas as práticas orientadas para a família, envolvendo-a na intervenção, são necessariamente centradas na família, no sentido de serem dirigidas pela família e promoverem as suas competências” (Dunst, Johanson, Trivette & Hamby, 1991 cit. por Tegethof, 2007, p.145).

Posto isto, Dunst e os seus colaboradores apresentam uma sucessão de quatro paradigmas/modelos, que diferem no nível de protagonismo que é dado à família – figura 13: centrado no profissional; aliado da família; focado na família; e centrado na família. Estes modelos recorrem a um enquadramento sistémico, com o objetivo de compreender como é que a família influencia e é influenciada pelos acontecimentos que vão ocorrendo, nos diversos níveis do sistema ecológico, considerando, assim, a família como o alvo da intervenção. No que diz respeito às práticas, cada modelo possui as suas.

Como se pode verificar na figura 13, uma prática do paradigma centrada na família supera o simples envolvimento dos pais na intervenção, pois não se limita a informar e possivelmente treinar os pais para trabalharem com a criança, consistindo, sim, numa “expansão lógica de práticas que pretendem otimizar a intervenção” (Tegethof, 2007, p.145). Deste modo, os serviços deste paradigma devem reconhecer o sistema familiar da criança, apoiar a família, da mesma forma que o fazem com a criança, e estabelecer uma relação de colaboração com a família, com o objetivo de proporcionar efeitos positivos, tanto na criança como nela.

Dunst e Trivette (1994, p. 31 cit. por Tegethof, 2007, pp.146-147) referem que o objetivo dos programas de apoio à família é o de “capacitar e fortalecer os indivíduos, aumentando e promovendo as capacidades, individuais e do conjunto da família, que apoiam e fortalecem o seu funcionamento”, trazendo assim para área da Intervenção Precoce na Infância os conceitos de “capacitar” e “fortalecer”.

**Figura 13 - Diferentes abordagens de apoio à família**

Tipo de abordagem	Conceções típicas sobre a família	Conceções típicas sobre o profissional e a intervenção
Centrada na família	A família é considerada como completamente capaz de tomar decisões informadas e concretizar as suas escolhas.	O profissional é o agente/instrumento da família. O seu papel é fornecer à família a informação necessária para esta tomar decisões informadas e criar oportunidades para fortalecer as suas competências. As intervenções centram-se na promoção de competências e na mobilização de recursos e apoios para a família, de uma forma individualizada, flexível e responsiva.
Focalizada na família	A família é considerada como capaz para fazer escolhas, mas as opções são limitadas aos recursos, apoios e serviços que o profissional crê que melhor se adaptam às necessidades da família; a família é vista como consumidora dos serviços.	O profissional apoia e aconselha a família sobre como devem ser conduzidas as intervenções, monitorizando o uso que a família faz dos serviços veiculados pelo profissional.
Aliada à família	A família é vista como minimamente capaz de efetuar mudanças na sua vida mas é considerada como um instrumento ou um "agente" do profissional.	O profissional estabelece as intervenções que considera importantes e necessárias para a família, devendo ela implementar e desenvolver as intervenções prescritas.
Centrada no profissional	A família é vista como incompetente e deficitária. Tem uma participação passiva no processo, havendo pouca ou nenhuma consideração pelas suas opiniões e pontos de vista.	O profissional é considerado o perito que determina as necessidades da família e é ele quem implementa as intervenções. Modelo "paternalista", mais semelhante ao modelo médico.

*Fonte:* Dunst, Johanson e Trivette, 1991 cit por Carvalho *et al.*, 2016, p.80

O termo capacitar refere-se à ajuda que a família tem para se tornar capaz de utilizar as suas competências ou adquirir novas, que lhe permitam mobilizar os apoios e recursos de que necessita para responder aos seus problemas, ou seja, capacitar a família. O termo fortalecer tem a ver com o momento em que a família se sente capaz de controlar as suas competências, de forma a resolver os seus problemas, permitindo enfrentar as possíveis situações difíceis do quotidiano, isto é, quando a família se sente forte e capaz.

Contudo, também o conceito de práticas centradas na família tem evoluído ao longo do tempo, sendo que, no início da década de 90, McBride, Brotherson, Joanning, Whiddon e Demmitt (1993 cit. por Tegeth, 2007, p.147) identificaram como componentes básicas da intervenção: (1) considerar a família como a unidade de intervenção, isto é, todos os elementos da família, com as suas preocupações e forças, devem ser elegíveis para a intervenção; (2) apoiar e respeitar a tomada de decisões da família, pois é uma condição indispensável para que esta possa ser parceira dos profissionais na intervenção; e por último (3) prestar serviços que fortaleçam o funcionamento da família, para que ela possa responder às suas necessidades e às da criança.

Recentemente, foram identificadas (McWilliam, Toci e Harbin, 1995 cit. por Harbin, McWilliam & Gallagher, 2000 cit. por Tegethof, 2007, p.147) quatro dimensões alusivas a princípios, políticas e práticas de intervenção centrada na família: como responder às prioridades da família; fortalecer os elementos da família; utilizar uma abordagem holística (ecológica) da família; e demonstrar “*insight*” e sensibilidade para com a família.

### ***1.1. A Abordagem Sistêmica da Família de Von Bertalanffy***

Surge da Teoria Geral dos Sistemas de Von Bertalanffy, em 1968, a Abordagem Sistêmica da Família, referindo que todos os sistemas vivos são formados por um conjunto de elementos interdependentes, e que as mudanças que ocorram num deles podem afetar os outros, isto é, qualquer acontecimento que afete um dos elementos da família pode ter impacto em todos os outros.

Assim sendo, a família aparece como um sistema aberto, obedecendo aos seguintes princípios, que partilha com os outros sistemas: (1) é um conjunto organizado de elementos interdependentes; (2) qualquer ação que se exerça sobre um dos elementos da família afeta os restantes; (3) a família tem características homeostáticas<sup>9</sup>, tanto nas suas rotinas diárias como nos aspetos sociais e emocionais, que mantêm a estabilidade dos seus padrões interativos, de acordo com o princípio da equifinalidade<sup>10</sup>; (4) a evolução e a mudança são intrínsecas ao sistema familiar; e (5) o sistema familiar é composto por subsistemas separados, que se organizam de acordo com regras e padrões de interação próprios (Minuchin, 1985, cit. por Cornwell & Korteland, 1997; Pearl, 1993; Barber, Turnbull, Behr & Kerns, 1988 cit. por Tegethof, 2007, p.137).

Assim, o enquadramento do sistema familiar, por Barber, Turnbull, Behr e Kerns (1988 cit. por Tegethof, 2007, pp.137-141), tem como objetivo melhorar a compreensão e intervenção junto da família com crianças com Necessidades Educativas Especiais. Este enquadramento distingue quatro componentes, que devem ser tidos em conta numa intervenção:

---

<sup>9</sup> Qualquer ação provoca uma reação, que visa reencontrar o equilíbrio; deste modo, um estado transitório de desequilíbrio pode conduzir a um ajuste que permita um funcionamento mais saudável da família (Tegethof, 2007, p.137).

<sup>10</sup> Refere-se à tendência das famílias para, independentemente da origem do problema, utilizarem o mesmo padrão de comportamentos para reencontrarem o equilíbrio (Tegethof, 2007, p.137).

1. Os recursos da família: características e forças disponíveis na família e utilizadas para responder às necessidades desta e da criança com NEE. Cada família possui os seus próprios recursos, considerados no processo de intervenção. Nestes recursos distinguem-se as características das NEE, as características da família e as características individuais dos elementos da família (ligadas à saúde física e mental e às características de personalidade).

2. Interação da família: processos de interações complexas que se estabelecem no interior da família, assim como os papéis que os elementos desempenham para ir ao encontro das suas necessidades e das do conjunto familiar. Reconhece-se quatro subsistemas que se regularizam por padrões de interação próprios, entre si, com os outros subsistemas e na forma como lidam com a situação da criança com NEE:

- (a) Subsistema conjugal – interações marido-mulher, que podem sofrer um *stress* adicional, pela situação do seu filho.
- (b) Subsistema parental – interações pais-filhos, possuindo relevância em relação ao desenvolvimento da criança. Os profissionais de IPI devem promover interações gratificantes entre estes, de forma a fortalecer a relação entre eles.
- (c) Subsistema dos irmãos – interações entre os irmãos. Estas são, por vezes, relações difíceis, devido às diferentes características de cada um. Os autores apontam algumas reações negativas por parte dos irmãos, como comportamentos de chamada de atenção, sentimentos de culpa, vergonha e abandono, e também preocupações com o futuro; no entanto, o oposto também acontece. Aqui, o profissional deve reforçar a ligação entre os irmãos e ajudar os pais, que muitas vezes se encontram absorvidos pela criança.
- (d) Subsistema extrafamiliar – interações da família e/ou elementos da família com outros indivíduos (amigos, comunidade, profissionais). Estas interações podem trazer benefícios, como o apoio informal à família, informações ou ajuda para cuidar da criança. Os profissionais devem estar deveras atentos a este subsistema, uma vez que é essencial um bom enquadramento da família e o apoio de uma rede de qualidade, promovendo o bem-estar de todos os elementos.

Porém, percebe-se que nem todos os subsistemas se aplicam, obrigatoriamente, a todas as famílias. Como a autora Tegethof refere, no caso da Intervenção Precoce na Infância, “é muito importante que os profissionais estejam atentos a este sistema complexo

de interações, específico de cada família, e que no desenho da intervenção tenham em conta os efeitos que ele pode ter na criança” (2007, p.142).

3. Funções da família: tarefas (económicas, domésticas/cuidados de saúde, de recreio, de socialização, de autoidentidade, emocional e educacional/vocacional) que a família desempenha para responder às suas necessidades. Devido às exigências que uma criança com NEE apresenta, e às tarefas que a família tem que desempenhar, esta tem tendência a utilizar duas estratégias: recorrer ao apoio da família alargada (avós, amigos ou vizinhos), para a ajudar nos cuidados e tarefas diárias; e “priorizar as necessidades e funções, sendo normalmente enfatizadas as funções económicas, domésticas e de cuidados de saúde, ou seja, aquelas que são necessárias à sobrevivência no dia-a-dia” (Tegethof, 2007, p.142).

Aqui, os profissionais devem compreender as necessidades e prioridades da família, de forma a que a sua intervenção se traduza numa ajuda e não numa sobrecarga.

4. Ciclo de vida da família: conjunto de mudanças desenvolvimentais que as famílias e os seus elementos experimentam ao longo do tempo (Cornwell & Korteland, 1997 cit. por Tegethof, 2007, p.143), originando mudanças com repercussões sobre os componentes do sistema familiar. Segundo os autores Barber, Turnbull, Behr e Kerns (1988 cit. por Tegethof, 2007, p.143), este ciclo “pode ser conceptualizado numa série de estádios desenvolvimentais, que têm normalmente como referência a idade do filho mais velho e que incluem: o nascimento da criança, a infância, a idade escolar, a adolescência e a juventude”.

Num programa de IPI, é necessário prestar atenção às transições – momentos de alteração dos hábitos e das rotinas, que provocam instabilidade e *stress* na família – que ocorrem no ciclo de vida da família. Os mesmos autores distinguem:

- (a) Transições desenvolvimentais – relacionadas com a evolução, em termos do desenvolvimento da criança, ou seja, marcos importantes (ex.: nascimento, entrada no jardim-de-infância, entre outros);
- (b) Transições não desenvolvimentais – mudanças que podem ocorrer a qualquer momento, ou seja, acontecimentos imprevisíveis (ex.: desemprego).

Contudo, a perspetiva sistémica da família vê a família como uma “realidade dinâmica” que pode modificar-se, sendo que as suas prioridades e necessidades vão evoluindo ao longo do ciclo de vida (Tegethof, 2007, p.144). Isto exige que os

profissionais e os serviços sejam suficientemente flexíveis, capazes de mudar e dar as respostas adequadas a cada momento. Assim, as intervenções efetuadas numa perspetiva sistémica da família consideram não apenas a criança, mas todos os elementos do seu sistema familiar, tal como as interações deste mesmo sistema e dos sistemas exteriores.

## **2. Práticas de Intervenção Precoce na Infância centradas na família**

Os programas limitados à ênfase no desenvolvimento da criança revelaram-se escassos, valorizando-se cada vez mais o papel dos cuidadores, integrando o contexto familiar e social nas intervenções. Deste modo, as práticas centradas na família consistem na automatização da mesma, relativamente aos profissionais e serviços, isto no sentido de que, após a intervenção, esta seja capaz de orientar por si os recursos de que necessita, com os objetivos de melhorar a sua qualidade de vida e a da criança e de uma melhor inserção na comunidade (Almeida, 2004, p.66).

McWilliam enumera 6 princípios relevantes para se considerar uma verdadeira intervenção centrada na família (in McWilliam, Winton e Crais, 2003, pp. 10-16 e pp. 44-52 cit. por Aleixo, 2014, pp.34-36):

1. Encarar a família como a unidade de prestação de serviços;
2. Reconhecer os pontos fortes da criança e da família;
3. Dar resposta às prioridades identificadas pela família;
4. Individualizar a prestação de serviços;
5. Dar resposta às prioridades, em constante mudança, da família;
6. Apoiar os valores e o modo de vida de cada família.

Embora os princípios sejam tidos em conta, nem sempre são fáceis de aplicar ou incorporar no trabalho diário realizado com este público-alvo.

### ***2.1. Fonte de apoio social, formal e informal***

Como se verifica, a Intervenção Precoce na Infância tem evoluído em todos os aspetos, mas o mais notável é o foco das práticas de intervenção, que inicialmente se centrava na criança e agora se centra na criança, na família e na comunidade. De acordo com Jung (cit. por McWilliam, 2012, p. 21), a mudança do foco de intervenção da criança para a família preconiza que “o modo como o apoio é dado é tão importante quanto os tipos de apoio que são prestados”, ou seja, é importante “obter uma noção da família em

questão, dos respetivos apoios informais e formais e das redes sociais de intervenção”. A disponibilização destes apoios permite ajudar tanto os profissionais como a família a distinguirem “facilmente quais as áreas que constituem pontos fortes, em termos relativos e em que categorias pode haver necessidade de recursos adicionais” – afirma, novamente, Jung (cit. por McWilliam, 2012, pp. 21-22).

Com isto, McWilliam e Scott (2001 cit. por Aleixo, 2014, p.39) mencionam que os apoios podem ser divididos em três categorias, de cariz formal ou informal: (1) emocionais, (2) materiais e (3) informativos, “sendo que todos os profissionais da IPI podem constituir-se como um apoio formal institucional ativo”. As redes formais dizem respeito aos profissionais e às organizações que prestam apoio à criança e à família. Consequentemente, as redes informais abrangem os indivíduos (ex.: família alargada, amigos, entre outros) ou grupos sociais. É de referir que “ambos constituem ajudas válidas e importantes para a família, sendo que por vezes as estruturas informais assumem um papel ainda mais preponderante, na satisfação das necessidades da família” (Aleixo, 2014, p.39).

Em relação ao apoio de cariz social, os autores Dunst, Trivette e Deal (1988, p. 28) referem-se a uma “ajuda e apoio emocional, físico, de informação, instrumental e material que é prestada por outros com o objetivo de manter a saúde e o bem-estar, de promover adaptações a acontecimentos do dia-a-dia e de estimular o desenvolvimento de uma forma adaptativa”, ou seja, o apoio social integra as redes formais e informais de apoio, mencionadas anteriormente. Assim, o apoio social torna-se fundamental para a eficácia da IPI com crianças entre os 0 e os 6 anos de idade e as suas respetivas famílias.

Antes da intervenção dos profissionais com a família, esta já possuía a sua própria fonte de apoios, e após a intervenção destes, algumas das pontes continuam a fazer parte, mas surgem novas, para não existir uma sobreposição de serviços, pois “não nos devemos esquecer de não nos sobrepormos às fontes de apoio existentes, para que as famílias não fiquem excessivamente dependentes de nós e para que [...] não deixem os nossos serviços antes de possuírem um sistema de apoio e as capacidades e conhecimentos necessários para usarem os recursos colocados à sua disposição” (McWilliam, Winton e Crais, 2003, p. 153 cit. por Aleixo, 2014, p.40).

### **3. Processo de intervenção da ELI numa abordagem centrada na família**

A abordagem centrada na família exige uma relação de colaboração entre os profissionais e a família, desenvolvendo-se ao longo do processo de intervenção, isto é, desde os primeiros contactos até ao final da intervenção, ou quando a criança e/ou a família transitam para outro serviço de apoio. Inserido numa perspetiva transdisciplinar, este modelo possui como base a construção de uma relação de confiança entre os elementos da equipa, referindo a existência de um Mediador de Caso, com a função de prestar o maior suporte à família. Carvalho et al. (2016, p.99) referem: “muitos profissionais reveem-se nos pressupostos e princípios subjacentes à abordagem centrada na família, mas aplicá-la na prática não é tarefa fácil, pois é impossível definir um conjunto claro de procedimentos a seguir”, uma vez que cada situação ou família é única, tornando-se a “verdadeira riqueza da IPI e, simultaneamente, o grande desafio com que os profissionais se defrontam” (p.100).

Porém, os serviços de Intervenção Precoce na Infância têm por base o enquadramento do ciclo de intervenção de Simeonsson, do qual fazem parte os seguintes momentos: referenciação, avaliação, planificação da intervenção, implementação dos serviços, avaliação dos resultados e preparação da transição. Estas etapas revelam os encontros da família e da criança com a equipa, classificando-se estes momentos do ciclo como “oportunidades únicas de *empowerment* e capacitação da família” (Carvalho et al., 2016, p.101).

A figura 14 apresenta todos os passos do processo.

#### *1. Referenciação*

A primeira etapa do ciclo consiste na comunicação aos serviços da área de IPI das situações de crianças em que se deteta uma alteração do desenvolvimento ou a existência de fatores de risco desse desenvolvimento, com o objetivo de se encontrar respostas adequadas às situações. A sinalização dos casos pode surgir por parte da família ou de algum profissional que identifica a situação, assim como por parte do jardim-de-infância, maternidade, entre outros serviços.

Após a chegada da referenciação, a Equipa Local de Intervenção deve, atempadamente, organizar-se, de forma a iniciar a planificação dos passos explanados de seguida, passando “pela forma como contacta pela primeira vez com a família,

salvaguardando precocemente uma atuação centrada na família e promotora do *empowerment*” (Carvalho et al., 2016, p.111).

**Figura 14 - Descrição dos vários encontros ao longo do ciclo de intervenção**

Encontros	Expetativas e atividades
Referenciação	Comunicar e formalizar aos serviços de IPI a situação de crianças e suas famílias, no sentido de se encontrarem respostas adequadas.
Primeiros contactos	Identificar expetativas da família em relação à intervenção.
Avaliação em IPI	Identificar preocupações, prioridades e recursos da família, conhecer as competências funcionais da criança e as características dos contextos.
Desenvolvimento do PIIP	Estabelecer um compromisso e definir objetivos, atividades e recursos que apoiem as expetativas e as necessidades da família e da criança.
Implementação e monitorização	Pôr em prática as estratégias e as atividades nos vários contextos naturais da criança (domicílio e contextos formais de educação e cuidados) e monitorizar o processo e plano de intervenção.
Avaliação dos resultados e da satisfação	Avaliar os resultados da intervenção e satisfação da família na perspetiva do seu controlo sobre o processo e do seu fortalecimento e não só ao nível da concretização dos objetivos.
Transição	Planificar e preparar cuidadosamente a mudança na vida das crianças e famílias, nomeadamente quando termina o programa de intervenção precoce e se dá a passagem para outro contexto ou serviço, para que ocorra da forma mais harmoniosa possível.

*Fonte:* Adapt. Simeonsson *et al.*, 1996 cit por Carvalho *et al.*, 2016, p.102

## 2. Primeiros contactos

Os primeiros contactos dizem respeito ao conjunto de ações da primeira abordagem à família, identificando as suas prioridades e os seus objetivos, de forma a serem estes os aspetos que guiam o processo de intervenção. É neste momento que se estabelece como base da intervenção uma relação de confiança e de colaboração entre a família e a equipa (Carvalho et al., 2016, p.114).

Com base na informação partilhada nos primeiros contactos, são tomadas algumas decisões, por parte da família e da equipa, tais como: a elegibilidade, a necessidade de apoio dos serviços de IPI, decisões da família sobre o envolvimento de IPI e a planificação da avaliação. Carvalho e colaboradores (2016, p. 120) afirmam que “findos os primeiros contactos, quando a família e a equipa decidem dar continuidade ao processo, é necessário determinar a natureza e âmbito dos serviços de IPI necessários para a criança e para a família”.

### *3. Avaliação em IPI*

A avaliação visa a recolha de informação para a tomada de decisões, isto é, o ciclo de avaliação passa: (1) pela identificação das preocupações, prioridades e recursos da família, de forma a compreender o que esta pretende e precisa dos profissionais e quais os recursos que tem disponíveis; e (2) pela identificação das características da criança – competências e necessidades funcionais, rotinas diárias e contextos de vida –, remetendo para a forma como estas são percebidas pela família.

Neste ponto, torna-se importante recolher informação acerca do tipo de “atividades em que a criança revela interesse, do nível de envolvimento que ela evidencia em cada uma das atividades nos diversos contextos e da forma como esses contextos são facilitadores (reforçando e promovendo o envolvimento/participação) ou se constituem como barreiras (impedindo ou dificultando a participação)” (Carvalho, 2016, p.138).

### *4. Desenvolvimento do PIIP*

Nesta etapa, a equipa (família e profissionais) possui a oportunidade de rever a informação que reuniu nas fases anteriores, de “priorizar as escolhas da família e de negociar como estas escolhas podem ser honradas e respeitadas, devendo: tomar decisões acerca de prioridades, desenvolver objetivos de intervenção que devem ser escolhidos pela família e negociar as estratégias, atividades, apoios e serviços que vão resultar na concretização dos objetivos da família” (Carvalho et al., 2016, p.155), dando origem ao Plano Individual de Intervenção Precoce, que representa a operacionalização da intervenção, sendo designado como o “guia da intervenção”.

O PIIP serve para passar para a prática todos os princípios de uma abordagem centrada na família, de forma a orientar a intervenção. Tem como objetivo principal levar os profissionais e a família a trabalharem em conjunto, “como equipa, na identificação de objetivos e mobilização de recursos formais e informais para ajudar as famílias a alcançarem os objetivos que escolheram”, tendo como ideia-chave a colaboração (Carvalho et al., 2016, p.156).

**Figura 15 - Passos da elaboração do PIIP**



*Fonte:* Carvalho *et al.*, 2016, p.158

Como a figura 15 demonstra, a revisão da informação deve incidir nas preocupações, prioridades e recursos da família e nas características, capacidades e necessidades funcionais da criança, assim como nos seus contextos e rotinas diárias. No que diz respeito aos objetivos, estes devem ser delineados de forma a serem inseridos nos contextos e rotinas diárias, a especificarem o que a criança e a família vão fazer e o que vai ao encontro das preocupações da família, pois só assim conseguem assegurar a funcionalidade e a participação da criança.

Após a identificação destes objetivos, encontram-se naturalmente as possíveis estratégias, atividades e opções de intervenção, usadas para alcançar os objetivos pretendidos, possuindo como questões-chave “Quem?”, “Como?” e “Onde?”, para a identificação de estratégias de intervenção.

##### *5. Implementação e monitorização*

A implementação e monitorização do Plano Individual de Intervenção Precoce é a etapa que ocupa a maior parte do tempo do processo de IPI, pois assenta num trabalho em equipa transdisciplinar (incluindo a família), que coloca em prática as estratégias delineadas anteriormente, de acordo com os objetivos traçados, terminando apenas quando a criança deixa de beneficiar desta intervenção (Carvalho *et al.*, 2016, p.175).

O processo de implementação e monitorização é considerado “um processo cíclico que se vai repetindo à medida que os objetivos vão sendo alcançados e que o PIIP vai sendo reavaliado”, afirmam Carvalho e os seus colaboradores (2016, p.196), uma vez que este passo corresponde à execução da intervenção e da supervisão da mesma.

## 6. *Avaliação dos resultados e da satisfação*

Após a realização de um programa, serviço ou atividade, é importante a realização de uma avaliação final, de forma a perceber se os objetivos delineados ao início foram alcançados e de forma positiva. Neste caso, são avaliados os resultados da intervenção e a satisfação da família, em relação aos serviços e recursos dos quais usufruiu. Desta forma, torna-se importante: (1) determinar o nível de execução dos objetivos com a avaliação do próprio PIIP; (2) analisar que resultados foram alcançados e se estão relacionados com a intervenção; (3) obter a avaliação da intervenção pela família; (4) definir se a intervenção se dirigiu às preocupações, prioridades e expectativas da família; e (5) monitorizar o progresso, de modo informal ou estruturado, relativamente aos objetivos para a família e para a criança (Carvalho et al., 2016, p.203).

## 7. *Transição*

Após o término do programa de IPI e a passagem para outro contexto ou serviço, ocorre o processo de transição, que diz respeito à mudança ou alteração da vida da criança e da respetiva família. Esta transição exige uma planificação e preparação cuidada, com o objetivo de assegurar que esta mudança ocorra da forma mais harmoniosa possível, não interferindo com o desenvolvimento da criança ou da família.

Os profissionais, em conjunto com a família, devem identificar que tipo de transição irá ocorrer, assegurando que a família tenha acesso a informações referentes a essa mudança e permitindo o início da elaboração de um plano de transição, que deve ser feito atempadamente (Carvalho et al., 2016, p.210).

## **CAPÍTULO 4. A MUDANÇA DO PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE IPI NUM MODELO CENTRADO NA FAMÍLIA BASEADO NAS ROTINAS**

### **1. As mudanças no papel dos profissionais de IPI num modelo centrado na família**

O papel dos profissionais da área de IPI tem sofrido algumas mudanças, que se revelam difíceis tanto para os profissionais como para as famílias, que se encontram “habitadas a um papel de maior submissão e dependência” (Bailey, 1994; Turnbull, Turbiville & Turnbull, 2000; Weston, Ivins, Heffron & Sweet, 1997 cit. por Tegethof, 2007, p.148). Esta mudança exige um desapego daquilo para que os profissionais estavam preparados, ou seja, a intervenção com crianças.

A mudança para um modelo centrado na família possui implicações importantes nos contextos das práticas e da sua aplicabilidade impondo que os “profissionais assumam novos papéis e que aprendam novas competências no trabalho com as famílias, que se traduzem e operacionalizam nos primeiros contactos com a família, na avaliação, no processo de decisão, na relação família/profissional, e na forma de organização, prestação e coordenação dos apoios e dos serviços existentes (Beckman, 1996a, 1996b; S. Sandall *et al.*, 2000; Winton, McCollum, & Catlett, 1997 cit por Pereira, 2009, p.74).

A primeira mudança no papel do profissional é o de prestar apoio e trabalho em conjunto com o sistema familiar e a comunidade. Na sua relação com a família, surge a segunda mudança: o profissional não resolve problemas, mas estabelece uma parceria com a família para juntos encontrarem a solução para os problemas da mesma. Isto é, pretende capacitar a família para se tornarem “mediadores mais eficazes das aprendizagens da criança no dia-a-dia” (Tegethof, 2007, p.148). No que diz respeito à terceira mudança, o profissional deixa de prestar apoios diretos à criança e à família e passa a “funcionar como defensor dos seus direitos, consultor, coordenador e facilitador, em relação aos agentes da comunidade” (DEC, 2000 cit. por Tegethof, 2007, p.148).

Assim, Tegethof apresenta quatro aspetos que estas mudanças implicam: (1) colocar em prática um modelo de promoção de competências, e não um modelo de remediação e de tratamento, sendo que o profissional “está, verdadeiramente, a capacitar e fortalecer a família e a preparar a sua autonomia, tal como este tipo de intervenção requer” (Dunst, Trivette & Deal, 1988, 94; Dunst & Trivette, 1994; Trivette & Dunst, 2000 cit. por Tegethof, 2007, p.149); (2) considerar a família como parceira, partilhando com ela toda a informação, assentando “na reciprocidade, no respeito mútuo e na partilha de

responsabilidade”; (3) apoiar a família como um todo, sendo que o “profissional deve não só estar atento às preocupações da família, mesmo àquelas que não estão estritamente relacionadas com a problemática da criança, mas, ainda, tornar claro que está disponível para a ouvir e ajudar, também relativamente a essas preocupações” (McWilliam, Winton & Crais, 1996 cit. por Tegethof, 2007, p.149); e por último, (4) perspetivar a criança e a família enquanto elementos de uma comunidade mais alargada, ou seja, o profissional deve reconhecer e respeitar as características da família, tais como os seus “hábitos, valores, normas, ou crenças, assim como, promover a inclusão da criança e da família na comunidade, fortalecendo as suas redes de apoio social, principalmente as informais, que são mais estáveis, acessíveis e preferidas pela família” (2007, p.149).

Embora a Intervenção Precoce na Infância centrada na família seja defendida pela maioria dos profissionais, estes ainda não conseguem integrá-la nas suas práticas – afirma Tegethof (2007, p.150).

Como resposta às possíveis limitações, Weston et al (1997 cit. por Tegethof, 2007, p.150) recomendam um modelo de prestação de serviços fundamentado na centralidade das relações – “mudança do paradigma baseado no *deficit* para um paradigma baseado nas relações a todos os níveis do sistema: a nível do programa, da família e da criança”. No entanto, este modelo exige uma reformulação da intervenção em diversos aspetos, como por exemplo: no desenho do programa/estratégias de intervenção, na estrutura e processos organizativos dos serviços, entre outros. Em simultâneo, encontram-se famílias à espera que as práticas de IPI se dirijam apenas às necessidades da criança (Harbin, McWilliam e Gallagher, 2000 cit. por Tegethof, 2007, p.151).

Os mesmos autores apresentam algumas razões, expostas por profissionais, para o facto de estes considerarem difícil trabalhar com a família: a falta de treino para responder às questões complexas e delicadas colocadas pela família, o medo de ofender/afastar a família, a falta de conhecimentos relativamente aos recursos existentes na comunidade que podem responder às necessidades da família, e a crença de que não existem, na comunidade, recursos capazes de responder a essas necessidades. Não sendo fácil a aplicação deste modelo na prática, há a necessidade de estabelecer o equilíbrio, por parte dos profissionais, entre: os objetivos e as prioridades dos profissionais e os da família, as necessidades dos cuidadores e das crianças, o reconhecimento das forças da criança e da família, mas também, uma atenção às suas vulnerabilidades e o “fazer para” a família, quando é absolutamente necessário, e o encorajá-la a fazer por ela própria. É também preciso permanecer ciente “de que é necessário ter expectativas modestas, no que diz

respeito ao impacto e à mudança, pois esta é gradual, frágil, reversível e, quase sempre, demorada” (Halpern, 2000 cit. por Tegethof, 2007, p.151).

A possível falta de competências dos profissionais, para além das dificuldades mencionadas, para implementarem estas práticas centradas na família derivam da complexidade dos processos e contextos no apoio às famílias em Intervenção Precoce na Infância e à falta de formação dos profissionais a todos os níveis. A mudança do papel dos profissionais é possível mediante formação adequada antes da entrada para as Equipas Locais de Intervenção e durante todo o processo de implementação da intervenção, pois, estas alterações exigem conhecimentos, capacidades e experiências na área também devido ao extenso público-alvo, abordagens alternativas, metodologias e técnicas adequadas às situações inerentes à ELI, assim como, o saber estabelecer contacto e trabalhar em equipa.

Como complemento à formação surge a supervisão que se constitui como “um processo de atualização e de aperfeiçoamento, proporcionando momentos intensos de socialização, de reflexão, de partilha e de articulação de saberes e experiências, marcando, assim, de forma indelével, a construção de uma identidade profissional” em IPI, afirma Pereira (2009, p.79). Desta forma, a supervisão enquadra-se num procedimento de desenvolvimento profissional, focalizando-se na reflexão sobre as práticas e, exigência e reconstrução da qualidade das mesmas assim como, na motivação para novas abordagens, (Parlakian, 2002 cit por Pereira, 2009, p.79).

Contudo, Dunst (1998b cit por Pereira, 2009, pp.80 - 81) resume num conjunto de três dimensões o papel de um profissional de IPI, que “de forma cumulativa e em articulação, otimizam e reforçam o funcionamento e o desenvolvimento da criança e da família”:

- 1) Qualidade técnica: formação, experiência do profissional;
- 2) Caraterísticas e representações do profissional: atitudes relacionais do profissional (ex.: escuta ativa, empatia, compreensão, interesse, entre outras);
- 3) Envolvimento participativo: práticas que incluem oportunidades de escolha e decisão.

Nas práticas do novo modelo centrado na família, a dimensão relacionada com o envolvimento participativo operacionaliza-se através de dois tipos de componentes de apoio:

- a) Componente relacional – inclui práticas clínicas de qualidade – escuta ativa, empatia, respeito, honestidade, interesse, confidencialidade, entre outras – e crenças e atitudes dos profissionais – confiança do prestador de ajuda nas competências e nas capacidades da família.
- b) Componente participativa – inclui práticas individualizadas, flexíveis e responsivas às preocupações e prioridades da família e práticas que proporcionam às famílias oportunidades de estarem ativamente envolvidas nas escolhas e decisões, promovendo a colaboração família-profissional e que sejam geradoras de ações que permitam e apoiem a família na obtenção dos resultados desejados.

Contudo, a autora Tegethof (2007, pp.151-152) apresenta as características que Harbin, McWilliam e Gallagher (2000) identificam, de programas que conseguem desenvolver práticas centradas na família: “a abrangência, a coordenação, a flexibilidade, a responsividade e o facto de disporem de líderes com conhecimentos na área, que valorizam a intervenção centrada na família e os profissionais que a põem em prática, além de proporcionarem formação e supervisão às suas equipas”.

## **2. A relação Família-Profissional deste modelo**

Consequentemente às mudanças apresentadas anteriormente, a família, para além de um elemento de intervenção, é um elemento da equipa dessa intervenção. Mas para isso, é necessário que esta seja informada de todo o processo, para que possa ter o direito à tomada de decisões – sendo esta uma das principais necessidades expressas pela família, apontam alguns estudos (Duwa, Wells & Lalinde, 1993; McWilliam, 2003 cit. por Tegethof, 2007, p.152). McWilliam faz referência aos outros aspetos que a família expressa: o problema e o desenvolvimento da criança, os recursos disponíveis ao longo da intervenção e as atividades a desenvolver, assim como a forma como lidar com a criança (2003 cit. por Tegethof, 2007, p.152). A família possui o direito de ser informada de todo o desenvolvimento e opções da intervenção, levando, consequentemente, ao direito de acesso a todos os registos e documentos referentes à criança e à intervenção delineada.

Uma vez que para uma boa intervenção é necessária a partilha de muita e diversificada informação referente à criança e à sua família, é fundamental que o profissional assegure a confidencialidade dos dados disponibilizados, sendo este um direito expresso da família, assim como um dever profissional. Após a integração da família na

equipa, surge o respeito pela autonomia e pelas decisões que esta possa tomar, mesmo sendo difícil por parte dos profissionais, pois a “família deve ter poder de decisão sobre todas as opções, em termos médicos, educacionais ou sociais, que se colocarem, em relação ao seu filho e a si própria. Mesmo no que diz respeito ao seu grau de envolvimento no programa de intervenção precoce, é a ela que compete ter a última palavra”, afirma Tegethof (2007, p.153). Trivette e Dunst (2000b cit. por Tegethof, 2007, p.153) salientam que numa intervenção centrada na família, tanto é importante o que é feito como a forma como é dirigida a intervenção.

Por seu turno, os autores Turnbull, Turbiville e Turnbull (2000) apresentam quatro modelos de relação família-profissional, baseados no equilíbrio de forças que esta relação prevê (Tegethof, 2007, pp.153-155):

1. Modelo de aconselhamento/psicoterapia: o papel do profissional é referente ao de um especialista, com “poder absoluto ao nível do diagnóstico e da prescrição do tratamento”. Aqui a intervenção cai especialmente nos cuidadores, de forma a ajudá-los a ultrapassar o transtorno causado pelo problema da criança. Na relação família-profissional, este poder é caracterizado “como *poder sobre*, com os profissionais a exercerem poder sobre as decisões, a comunicação, os recursos e os resultados do programa”.

2. Modelo de envolvimento da família/treino de competências dos pais: é considerado um “modelo deficitário”, por ver os cuidadores com poucas capacidades para estimular, de forma adequada, a criança, necessitando do apoio do profissional, para seguidamente, serem eles capazes de o fazer por si. Assim, o tipo de relação é, também, de *poder sobre*, por o poder dos profissionais estar sobre a família, “pois são eles quem delinea o programa e decide qual o tipo de intervenção que os pais vão desenvolver com os seus filhos”.

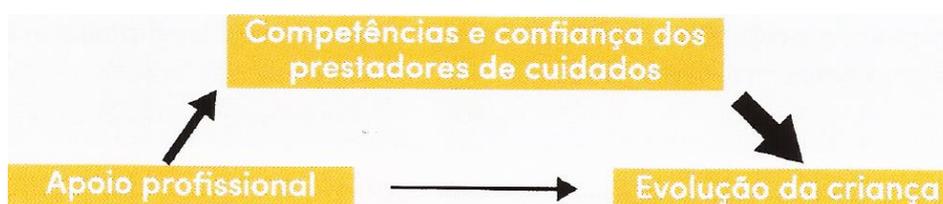
3. Modelo centrado na família: este modelo reconhece as relações entre a família nuclear, a família alargada e a comunidade, uma vez que afeta o funcionamento da família e o desenvolvimento da criança, de forma a promover o bem-estar da unidade familiar (Bailey e McWilliam, 1993). A relação é de parceria, é uma relação de *poder com*, uma vez que “a família e o profissional partilham o poder, cabendo à família o poder de decisão”, com o objetivo de promover o desenvolvimento da criança, aumentando, ao mesmo tempo as suas capacidades e o seu “sentimento de auto-competência, de forma a que se torne autónoma”.

4. Modelo de fortalecimento coletivo: vem alargar o modelo centrado na família, partindo do conceito de “fortalecimento” (*empowerment*). Relativamente à relação família-profissional, este conceito permite envolver a comunidade, levando os autores a designar este modelo como “*poder sinérgico*: a colaboração entre os vários elementos cria o seu próprio poder que se irradia sinergeticamente através dos contextos ecológicos da comunidade. O programa de intervenção precoce vai resultar desta sinergia de esforços da família, dos profissionais e dos elementos da comunidade”. Assim, os papéis do profissional, da família e da comunidade encontram-se no mesmo parâmetro, desenvolvendo um processo conjunto de fortalecimento e capacitação, isto é, enquanto o profissional e a família se concentram em desenvolver as suas capacidades e “mestria” em relação aos recursos necessários para atingir os objetivos, a comunidade torna-se mais “atenta e responsiva” a essas necessidades.

Todavia, o modelo de fortalecimento coletivo junta ao modelo centrado na família o acesso aos recursos, principalmente informais, uma vez que todos os elementos devem ser capazes de os mobilizar, tendo em conta que estes recursos se encontram em constante alteração – contrariamente aos recursos formais, que são limitados; é imposto um papel e poder de decisão igual para todos os elementos, e as necessidades dos elementos (mudança na ecologia da comunidade) são expostas, nos níveis micro, meso, exo e macrosistema.

A figura 16 apresenta o resumo da relação família-profissionais no que diz respeito ao desenvolvimento da criança.

**Figura 16 - Relações de impacto do profissional sobre os prestadores de cuidados e o desenvolvimento da criança**



*Fonte:* McWilliam, 2002; Almeida *et al.*, 2011 cit por Carvalho *et al.*, 2016, p.89

Como referido nas mudanças do papel dos profissionais e agora, no modelo centrado na família é necessário existir uma parceira família-profissional, este é um conceito pouco partilhado em termos universais, mas é mencionado por diversos autores afirma Pereira (2009, p.75), no sentido de partilha e compromisso entre ambos, envolvendo

um conjunto de características e competências que simplificam o desenvolvimento e a obtenção dos seus objetivos comuns. Esta parceria, numa abordagem centrada na família, reflete mudanças efetivas nas relações de poder da família e do profissional (Roberts *et al.*, 1998 cit por Pereira, 2009, p.75).

Esta abordagem coloca desafios extensivos a ambos, mas diferenciados, pois, corresponsabilizar e capacitar a família “exige que as interações entre aquele que procura apoio e aquele que presta apoio estejam imbuídas de determinadas características” (Dunst, Trivette e Deal, 1994 cit por Pereira, 2009, p.80), como por exemplo:

1. O foco do processo de corresponsabilização e capacitação da família é a relação (parceria) que se estabelece entre a pessoa que procura apoio e a pessoa que presta apoio.
2. A principal forma de estabelecer parcerias com as famílias é a utilização de uma comunicação efetiva, proporcionando sentimentos de dignidade, respeito e confiança entre todos os membros.
3. A honestidade é a principal exigência de uma comunicação efetiva e, conseqüentemente, de uma parceria.
4. A ajuda efetiva requer compreensão das preocupações e dos interesses das famílias.
5. A ênfase deve ser colocada nas soluções, e não nas causas das situações familiares.
6. A prestação de apoio eficaz orienta-se no sentido das preocupações para as necessidades e das necessidades para as ações, tão rapidamente quanto possível.
7. A confidencialidade tem de ser mantida e preservada, em todos os momentos.



## PARTE II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO E METODOLÓGICO

### CAPÍTULO 5. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

O referente capítulo segue com a apresentação detalhada do estudo e do seu objeto de investigação, partindo do questionamento acerca das diferentes visões do problema em estudo e da sua contextualização no campo de investigação escolhido.

É importante referir que este estudo não contou com uma presença constante do investigador em campo, tendo sido efetuados apenas os instrumentos necessários para a recolha de dados.

#### 1. Objeto e objetivos de estudo

##### *1.1. Objeto de estudo*

Seguidamente à revisão da literatura desenvolvida no enquadramento teórico, e no sentido de descrever de forma sucinta o problema de investigação e o seu objeto de estudo, questiona-se o novo modelo de Intervenção Precoce na Infância centrado na família. O objeto de estudo é composto por uma revisão crítica dos modelos teóricos subjacentes à IPI, tendo como principal questão as mudanças que o mesmo proporciona, tanto para os profissionais como para a família. E ainda se, consequentemente, são visíveis na prática.

A importância do desenvolvimento de programas e estratégias de intervenção precoce parte da base do conhecimento de que a criança desenvolve e aprende no contexto em que se encontra inserida, mais propriamente, com a sua família. Esta noção permite a passagem de uma intervenção centrada na criança para uma intervenção centrada na família e na comunidade. Um dos objetivos desta intervenção passa por facultar à família os conhecimentos, habilidades e apoios necessários para atender às necessidades da criança e otimizar o desenvolvimento da mesma, assim como a sua capacidade de participar na vida familiar e comunitária. Isto através de aconselhamentos, terapias, planeamentos, coordenações de serviços e assistências.

Com a precisão de inúmeras mudanças, aparece a necessidade de adaptar o papel do profissional responsável pelas práticas centradas na família – este deve passar a reconhecer e compreender a diversidade das necessidades e das prioridades da família em questão. Concentrando-se no trabalho com a criança e com a respetiva família nos seus próprios

ambientes e contextos, para construir forças e combater os possíveis problemas individuais e coletivos.

### ***1.2. Objetivos do estudo***

A presente investigação cai sobre o modelo teórico atual da Intervenção Precoce na Infância, designado “modelo centrado na Família Baseado nas Rotinas”, que vem alterar o ponto central da IPI: a população-alvo. Inicialmente, a intervenção centrava-se apenas na criança em risco ou com problemas de desenvolvimento. Com este modelo, a intervenção foca-se de igual forma na criança, mas também na respetiva família e comunidade. Esta alteração trouxe consigo diversas mudanças. Uma delas foi a alteração do papel dos profissionais, o papel da família nas ELI’s e a importância das rotinas e da comunidade onde a criança está inserida, pois todos estes elementos possuem influências relevantes no desenvolvimento da população-alvo da intervenção.

Posto isto, para se perceber as mudanças provocadas pelo modelo centrado na Família Baseado nas Rotinas, esta investigação parte de opiniões de profissionais da Equipa Local de Intervenção do Centro de Saúde de Trancoso, tendo como objetivos gerais identificar e analisar os benefícios que este modelo proporciona e, neste caso, analisar as características da equipa relativamente à sua formação em IPI. No entanto, estes objetivos complementam-se com alguns objetivos específicos, como: identificar possíveis mudanças, tanto a nível de estratégias de intervenção como relativamente ao novo papel dos profissionais; identificar possíveis desvantagens do modelo; e verificar se os profissionais possuem informações corretas sobre o novo modelo.

Para tornar a investigação mais completa, o estudo possui ainda, como objetivos gerais, identificar e analisar as expectativas das famílias relativamente ao modelo e ao papel que desempenham, bem como ao trabalho dos profissionais da equipa. Isto leva a objetivos específicos, tais como: verificar se as famílias são elementos ativos da equipa; verificar se as famílias possuem informações verídicas sobre o modelo; e a satisfação das mesmas em relação ao trabalho efetuado pela ELI de Trancoso.

## **2. Métodos e procedimentos de investigação**

O estudo é composto por uma investigação de metodologia mista, sendo um pouco mais qualitativa do que quantitativa, uma vez que a metodologia qualitativa possui como recurso a análise e interpretação de elementos textuais. Normalmente, numa análise de dados qualitativos, não são predominantes tarefas como a contagem, mediação ou a validação estatística de dados; no entanto, este tipo de operações é contemplado em determinados processos de trabalho, como se verifica nesta investigação. A análise qualitativa versa, assim, os pontos de vista dos participantes.

Posto isto, o procedimento escolhido para a recolha de dados desta investigação é designado por questionários “abertos”, contando com um carácter misto na análise dos dados, uma vez que é feita uma análise descritiva das respostas dadas e uma análise estatística em relação à descrição da população-alvo. Utilizam-se questionários “abertos” quando se pretende focar em algo que diz respeito à vida e sentimentos pessoais dos participantes. Esta técnica permite uma revelação livre das opiniões dos inquiridos, “ainda que o questionário contemple alguns itens orientados” (Amado, 2014, p.271). É a partir da análise das respostas que se torna “possível detetar as perceções, experiência subjetiva e representações dos respondentes acerca do tema em apreço” (Amado, 2014, p.271). Desta forma, este tipo de questionários e outros documentos escritos encontram-se sujeitos a uma análise de conteúdo. Esta técnica é “flexível e adaptável às estratégias e técnicas de recolha de dados”, possibilitando “inferências interpretativas a partir dos conteúdos expressos” (Amado, 2014, p.300). Assim, permite ao investigador “servir-se do que é dito” (Ghigliione e Matalon, 1992, p.180 cit. por Amado, 2014, p.301).

### **2.1. Instrumentos e recolha de dados**

Os instrumentos para a recolha de dados são selecionados após uma análise documental e bibliográfica sobre o tema em questão, levando, inicialmente, à elaboração do estado da arte da Intervenção Precoce na Infância e da sua respetiva evolução. Segue-se a esta fase o trabalho empírico, que inclui o questionário como o principal instrumento de recolha de dados.

Escolheu-se, inicialmente, a utilização de questionários e entrevistas para a recolha dos dados mas, devido à incompatibilidade de horários, optou-se apenas pelos questionários, uma vez que não necessitam da presença intrusiva do investigador e

permitem respostas anónimas e autónomas. Desta forma, elaboraram-se dois tipos de questionários: o primeiro encontra-se preparado para os profissionais da Equipa Local de Intervenção do Centro de Saúde de Trancoso, com o objetivo de conhecer as opiniões dos mesmos relativamente ao novo modelo; e o segundo para as famílias que esta ELI engloba, de forma a perceber as expetativas que as mesmas possuem em relação ao mesmo modelo. Ambos os questionários incluem respostas fechadas e abertas, sendo estas últimas em maior quantidade, pois trata-se de um estudo descritivo baseado na opinião dos inquiridos.

No entanto, qualquer tipo de instrumento de recolha de dados deve respeitar os princípios éticos e legais no tratamento da informação, dado que, no campo da investigação, os investigadores são, por vezes, confrontados com a necessidade de garantir o anonimato dos participantes, por terem acesso a informações sensíveis. A proteção da confidencialidade é um dever de quem analisa dados e ter acesso a toda a informação referente ao estudo é um direito dos participantes; para este último caso, recorre-se usualmente a um documento escrito ou à captura de tal consentimento em áudio ou vídeo.

Os princípios éticos têm de ser sempre tidos em conta, sendo elementos transversais a qualquer investigação, ou seja, qualquer investigação deve garantir integridade, qualidade, transparência e confidencialidade, e todas as participações devem ser voluntárias. É a partir daqui que aparece o consentimento informado – documento que indica que os participantes da investigação devem ser totalmente informados sobre os procedimentos e possíveis riscos envolvidos nos procedimentos do estudo –, que se encontra incluído nos questionários utilizados para este estudo.

## ***2.2. Constituição da amostra***

O processo de amostragem diz respeito a um processo não probabilístico criterial, uma vez que se utilizaram critérios de acessibilidade e voluntariedade para a seleção das famílias que a ELI do Centro de Saúde de Trancoso abrange. No entanto, este estudo também utiliza uma por conveniência, que diz respeito aos profissionais, pois estes fazem parte da ELI escolhida para o estudo.

Após estes procedimentos, a amostra da investigação ficou constituída por 13 profissionais da Equipa Local de Intervenção do Centro de Saúde de Trancoso, dentro dos quais se encontram profissionais ligados aos três Ministérios – Educação, Saúde e Segurança Social – que contemplam a Intervenção Precoce na Infância, sendo que cada profissional destas áreas possui uma profissão específica e diversificada. Para concluir, a

amostra é também constituída por 10 famílias que esta Equipa abrange, dentro das quais se destacam as crianças que possuem riscos de desenvolvimento.

### ***2.3. Procedimentos inerentes ao tratamento de dados***

No que diz respeito aos procedimentos para o tratamento de dados dos questionários deste estudo, utilizou-se o Programa MAXQDA, sendo este um *software* para a análise de dados qualitativos e métodos mistos, desenvolvido pela empresa VERBI *Software*, em Berlim.

O questionário alusivo aos profissionais (Anexo I) encontra-se dividido em duas partes: (1) Informação Pessoal, mencionando a descrição desta amostra: género, idade, grau académico, área de especialização, formação em IPI e experiência; (2) Modelo de IPI centrado na Família baseado nas Rotinas, constituído por 7 perguntas relativamente às mudanças do modelo, vantagens e desvantagens e o perfil dos profissionais.

Em relação ao questionário referente às famílias (Anexo II), este encontra-se dividido em três partes: (1) Informação Pessoal, que diz respeito à descrição da amostra: género, idade, grau de escolaridade, tipo de família, agregado familiar, idade da criança, problema da criança, tipo de sinalização, quem se dirigiu ao serviço e tomou iniciativa e área de residência; (2) Expetativas da Família, contemplando 10 perguntas relacionadas com a participação ativa do cuidador no novo modelo de intervenção; e por fim, (3) Modelo Centrado na Família Baseado nas Rotinas, com 5 perguntas finais referentes ao modelo, às suas possíveis vantagens e desvantagens e importância.

A análise da recolha de dados dos questionários parte, apenas, da opinião dos inquiridos.



## PARTE III – ESTUDO EMPÍRICO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

### CAPÍTULO 6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A questão da análise de dados é central numa investigação, pois, uma vez recolhido o material, chega o momento de se iniciar o processo de análise, começando por uma organização sistemática dos dados. Após a análise, apresentam-se os resultados decorrentes da metodologia mista utilizada na investigação.

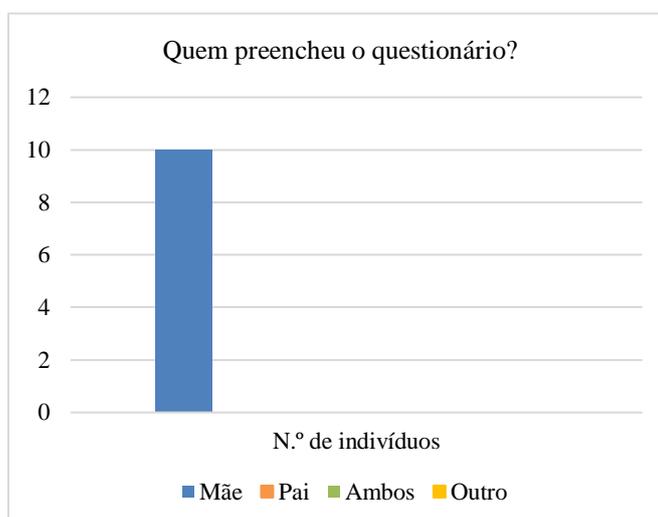
Segue-se assim, neste capítulo, a apresentação dos dados quantitativos decorrentes de tabelas com as características da população-alvo e, posteriormente dos dados qualitativos decorrentes das respostas abertas dos questionários referentes à IPI e ao modelo centrado na Família Baseado nas Rotinas.

#### 1. Caracterização das amostras em estudo

##### 1.1. Famílias integradas na ELI do Centro de Saúde de Trancoso

A amostra, referente ao estudo realizado com as famílias que a Equipa Local de Intervenção do Centro de Saúde de Trancoso detém, diz respeito a um universo de 10 famílias que necessitam do apoio desta ELI, devido a riscos de desenvolvimento das suas crianças. A caracterização desta população-alvo é efetuada a partir das seguintes variáveis: género, idade, grau de escolaridade, tipo de família, agregado familiar, residência, idade da criança e o motivo pelo qual se dirigiu ao serviço, mediante a elaboração de gráficos, apresentados a seguir.

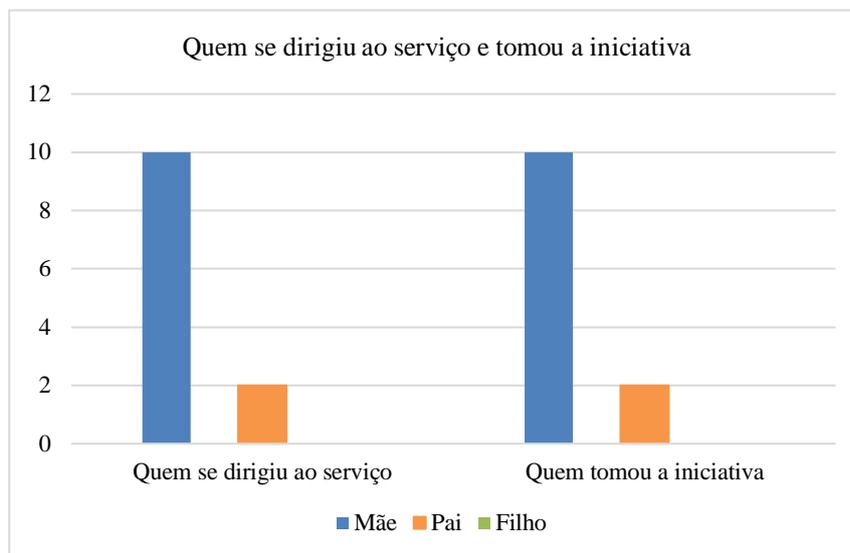
**Gráfico 1 - Elemento familiar que preenche o questionário**



**Fonte:** Dados obtidos pela aplicação do questionário às famílias

Tal como demonstra o gráfico 1, os questionários são predominantemente preenchidos pela mãe, percebendo-se que é o elemento familiar mais presente na intervenção, tomando a iniciativa de se dirigir ao serviço; existem apenas dois casos em que o pai também colabora neste processo, como se verifica no gráfico 2.

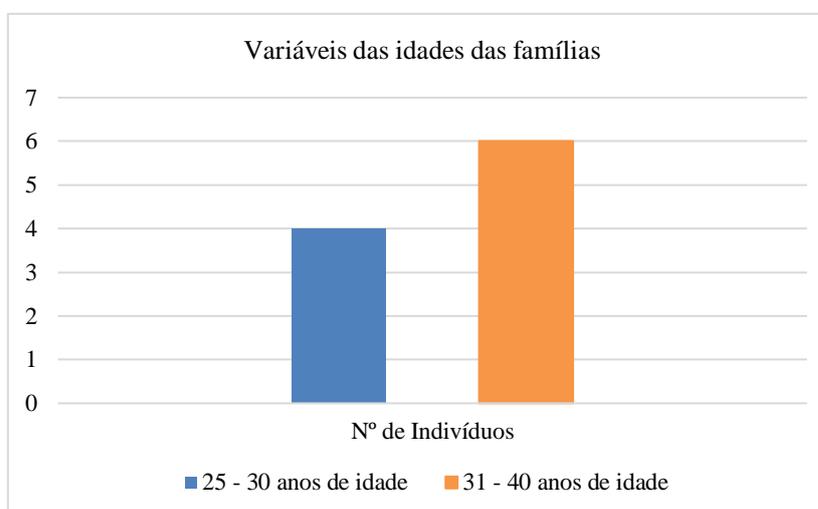
**Gráfico 2 - Elementos familiares que tomam iniciativa e se dirigem ao serviço da ELI**



*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário às famílias

Pode dizer-se que, num universo de 10 famílias, se encontram presentes na intervenção 10 indivíduos do sexo feminino e 2 do sexo masculino. As idades dos inquiridos variam entre os 25 e os 40 anos, verificando-se apenas 4 indivíduos entre os 25 e os 30 anos de idade e uma predominância de 6 indivíduos entre os 31 e os 40 anos de idade (gráfico 3).

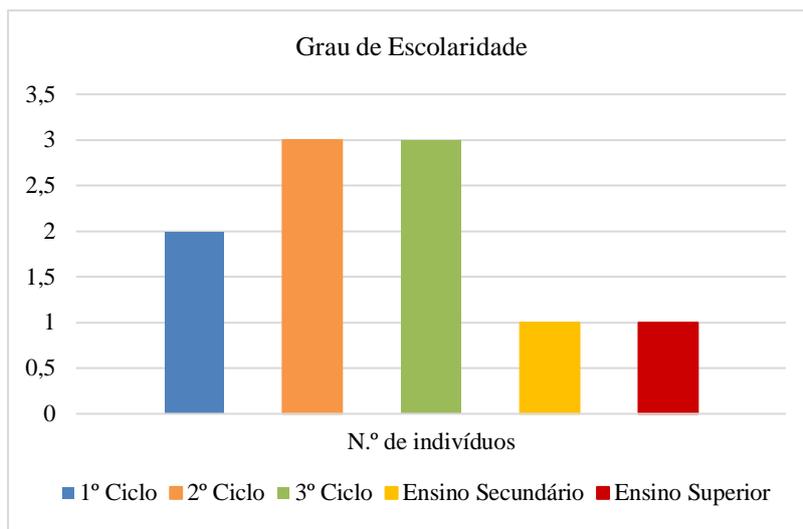
**Gráfico 3 - Idade das famílias que preencheram o questionário**



*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário às famílias

O grau de escolaridade vai desde o 1º ciclo ao Ensino Superior, como apresenta o gráfico 4. Verifica-se que a maioria dos inquiridos terminou os estudos muito cedo, uma vez que a predominância se encontra no 2º e 3º ciclos, com 3 indivíduos cada; de seguida, encontra-se o 1º ciclo, com 2 indivíduos; e o Ensino Secundário e Superior, com apenas 1 indivíduo. A baixa escolaridade pode estar associada a um baixo nível socioeconómico que não é analisado neste estudo.

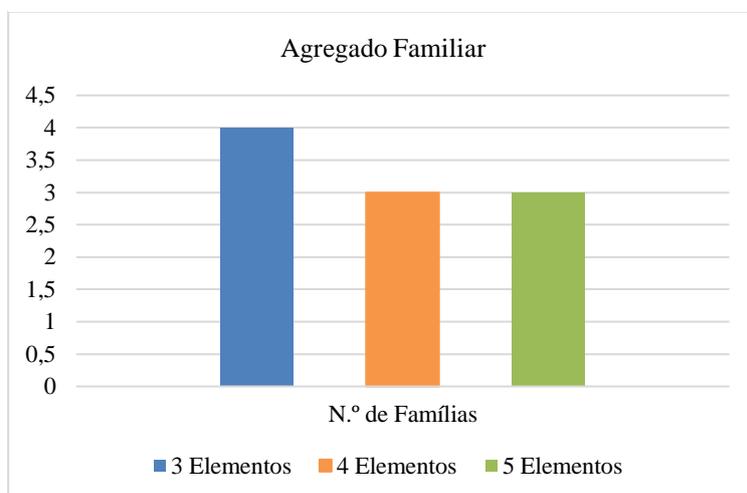
**Gráfico 4 - Grau de escolaridade dos inquiridos**



*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário às famílias

O agregado familiar anda entre os 3 - 5 elementos, sendo maioritariamente famílias pequenas, compostas por apenas 3 elementos. No entanto, este universo também é composto por 3 famílias com 4 elementos e mais 3 famílias com 5 elementos, como demonstra o gráfico 5.

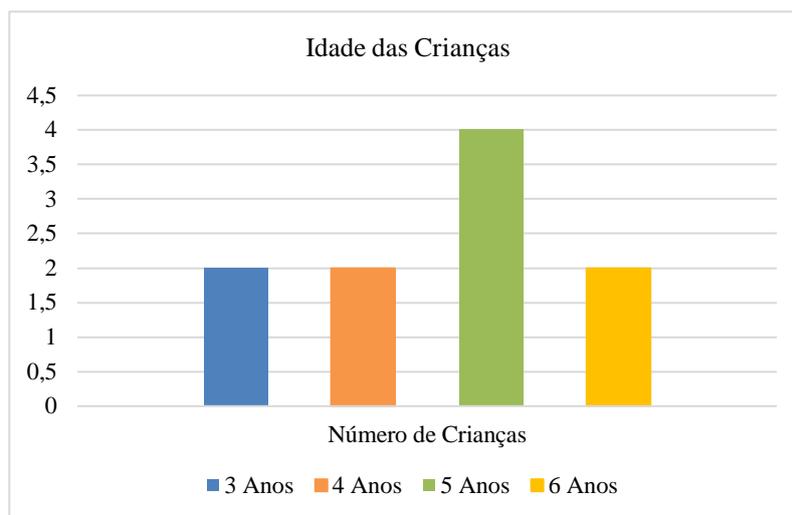
**Gráfico 5 - Agregado Familiar**



*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário às famílias

O gráfico 6 apresenta a idade das crianças que fazem parte da intervenção da ELI do Centro de Saúde de Trancoso. Uma vez que a Intervenção Precoce na Infância apenas abrange crianças dos zero ao seis anos de idade, estas crianças têm idades compreendidas entre os três e os seis anos de idade, tendo em consideração que apenas 10 famílias responderam ao questionário. De forma mais específica, estão integradas na Equipa 2 crianças com 3, 4 e 6 anos de idade e 4 crianças com 5 anos de idade.

**Gráfico 6 - Idade das Crianças**



*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário às famílias

Como foi referido no Capítulo 1, a IPI é constituída por critérios de elegibilidade que classificam os graves riscos de desenvolvimento das crianças, obrigando todas as ELI's a ter em consideração esses critérios, quando são referenciados novos casos. Após a referenciação, é realizada uma reunião, onde são feitas as avaliações dos casos e delineados os técnicos necessários, mediante a problemática da criança. Se a avaliação não se encaixar nos critérios de elegibilidade, a criança em questão não entra nos processos delineados pelo SNIPI, sendo necessária a elaboração de um documento escrito e assinado, com o motivo pelo qual a criança não entra nos processos ou o motivo para os pais não aceitarem fazer parte da Equipa – o que também pode acontecer.

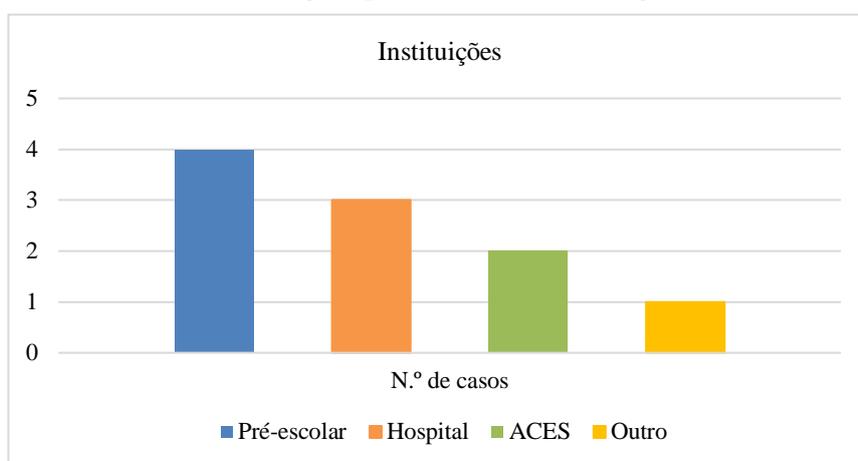
No entanto, se a problemática da criança fizer parte dos critérios, escolhe-se o Mediador de Caso, para se seguir corretamente com o processo, uma vez que este é a ponte entre os profissionais selecionados para o caso e a família, iniciando-se assim a intervenção.

As problemáticas existentes na ELI do Centro de Saúde de Trancoso estão relacionadas com atrasos de desenvolvimento, problemas de linguagem e problemas

sociais. Em relação aos inquiridos, os problemas mencionados estão, maioritariamente, relacionados com “problemas de fala”, como descreve uma das famílias na pergunta n.º 7 do questionário, existindo apenas um testemunho que, para além de problemas de linguagem, menciona também problemas de comportamento.

A maioria destes problemas foi referenciada pelo pré-escolar – 4 casos; 3 casos foram referenciados pelo hospital (através de consultas de desenvolvimento); outros 2 pelo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES); e apenas 1 caso pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), representado no gráfico 7.

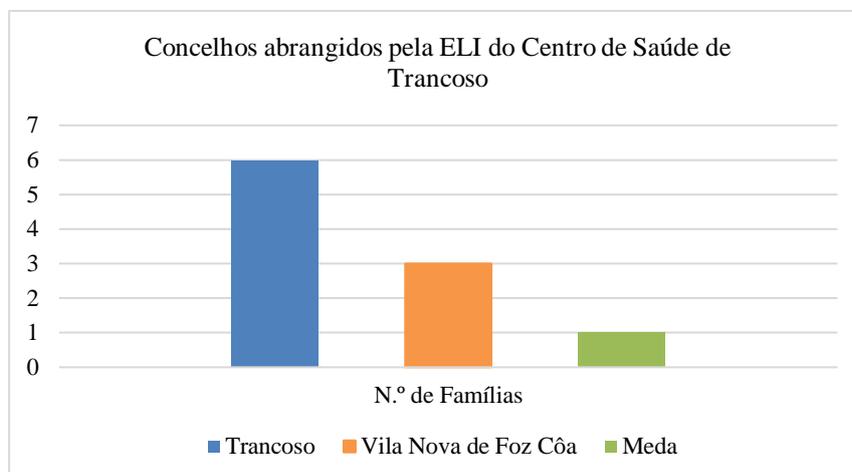
**Gráfico 7 - Instituições que fizeram a referência dos casos**



*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário às famílias

Esta ELI abrange os concelhos de Trancoso, Vila Nova de Foz Côa e Mêda. Dentro das famílias inquiridas, 6 pertencem ao concelho de Trancoso, 3 ao concelho de Vila Nova de Foz Côa e 2 famílias residem no concelho da Mêda (gráfico 8).

**Gráfico 8 - Área de Residência das Famílias**



*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário às famílias

## 1.2. Profissionais da ELI do Centro de Saúde de Trancoso

A Equipa Local de Intervenção do Centro de Saúde de Trancoso é constituída por um total de 15 profissionais, pertencentes aos três Ministérios da IPI: Educação, Saúde e Segurança Social, e a parcerias efetuadas, conforme as necessidades das crianças. A seguir, apresenta-se a Equipa de forma específica – figura 17.

Figura 17 - Descrição dos Profissionais da ELI do Centro de Saúde de Trancoso

Ministérios	Área de Especialização	Pertencem
Educação	3 Educadoras de Infância	Agrupamento de Escolas de Trancoso
Saúde	3 Médicas	1 Centro de Saúde de Trancoso; 1 Centro de Saúde da Meda; 1 Centro de Saúde de Vila Nova de Foz Côa.
	3 Enfermeiras	1 Centro de Saúde de Trancoso; 1 Centro de Saúde da Meda; 1 Centro de Saúde de Vila Nova de Foz Côa.
Segurança Social	2 Assistentes Sociais	1 Centro de Saúde de Trancoso; 1 Responsável por Meda e Vila Nova de Foz Côa.
Profissionais consoante as necessidades das crianças	1 Psicologia	Câmara Municipal de Trancoso
	1 Fisioterapeuta 1 Terapia Ocupacional 1 Terapeuta da Fala	Parcerias protocoladas com a CERCIG <sup>11</sup>

Fonte: Elaboração Própria

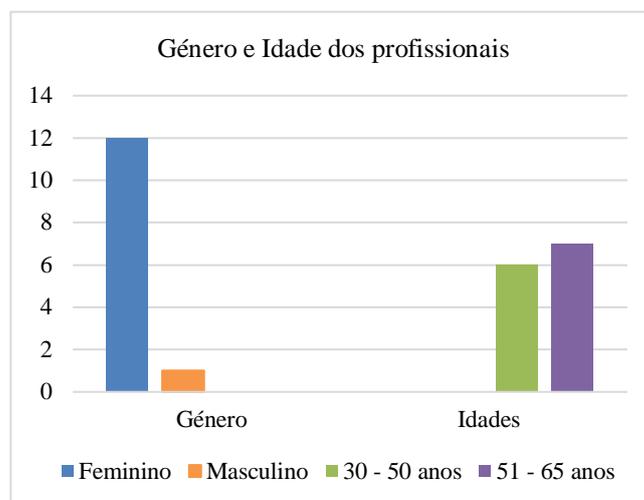
A amostra referente ao estudo realizado com esta ELI possui um universo de 13 profissionais. A caracterização desta população-alvo é efetuada a partir das seguintes

<sup>11</sup> Cooperativa de Educação e Reabilitação da Cidadãos Inadaptados da Guarda.

variáveis: género, idade, grau de escolaridade, área de especialização, formação em IPI, experiência na área e número de mediadores de casos, através da elaboração de gráficos apresentados a seguir.

Como referido, esta ELI é composta por 13 profissionais – 12 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 30 e os 65 anos – mais especificamente, 6 profissionais encontram-se entre os 30 e os 50 anos de idade e 7 profissionais entre os 51 e os 65 anos de idade, como apresenta o gráfico 9.

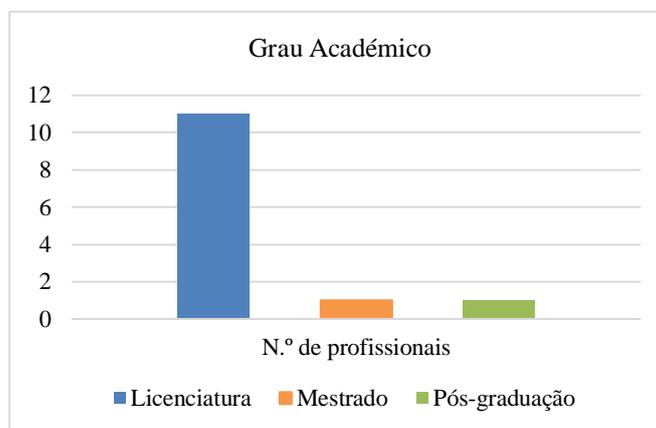
**Gráfico 9 - Género e idade dos profissionais da ELI**



*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário aos profissionais

Relativamente ao grau académico dos profissionais, o gráfico 10 demonstra que completaram todos o Ensino Superior. Especificando, 11 profissionais são licenciados, 1 profissional tem mestrado e 1 detém uma pós-graduação.

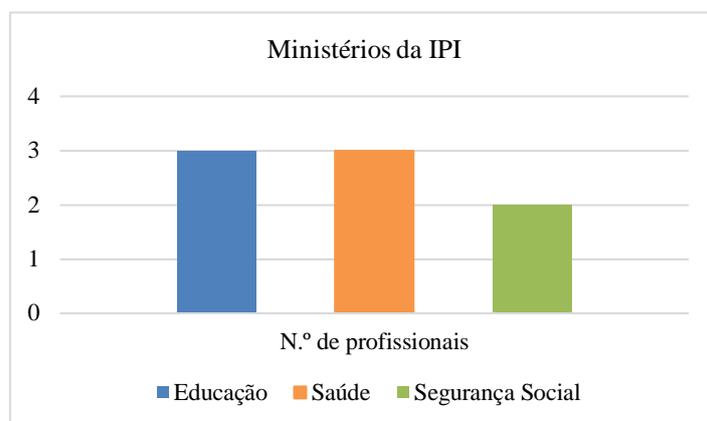
**Gráfico 10 - Grau académico dos profissionais**



*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário aos profissionais

Em relação à área de especialização, e tendo em conta os três Ministérios que a IPI enquadra: dentro da Educação, existem 3 profissionais; na Saúde, 3 profissionais; e na Segurança Social, encontram-se 2 profissionais – gráfico 11. Existindo ainda profissionais com especialização em terapia da fala (1 profissional), terapia ocupacional (1 profissional), psicologia (1 profissional) e fisioterapia (1 profissional), consoante as problemáticas das crianças integradas, sendo importante referir que um dos inquiridos não mencionou a sua área de especialização, possuindo uma licenciatura.

**Gráfico 11 - Área de especialização dos profissionais em relação aos Ministérios da IPI**



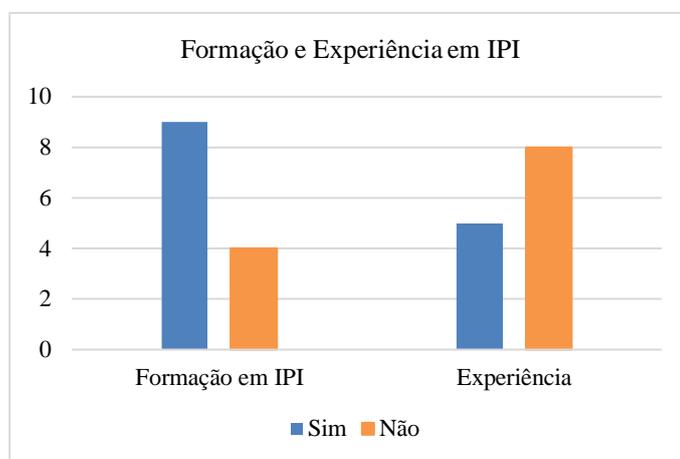
*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário aos profissionais

Devido à mudança de modelo e de dinâmicas de intervenção, também o papel do profissional de IPI sofreu alterações, uma vez que a família começa a fazer parte integrante da equipa de intervenção, com uma participação ativa no processo. Após a integração deste novo elemento, o profissional passou a acompanhar e aconselhar a família em relação ao modo como agir com a criança. Normalmente, os profissionais selecionados para as Equipas Locais de Intervenção devem estar relacionados com os ministérios exigidos pela IPI, o que, muitas vezes, não é suficiente para serem capazes de lidar com as problemáticas das crianças e necessidades que possam surgir por parte das famílias, tal conduzindo à necessidade de uma formação específica sobre a Intervenção Precoce na Infância, complementada com as novas medidas do modelo centrado na família.

Posto isto, tornou-se relevante saber se os elementos da ELI do Centro de Saúde de Trancoso detêm algum tipo de formação específica relacionada com a IPI e se possuem experiência na área. O gráfico 12 revela que a maior parte dos profissionais (9 profissionais) detêm formações relacionadas com a IPI e apenas 4 profissionais não possuem formações. As formações descritas pelos inquiridos são as seguintes:

- a. Formação em Intervenção Precoce (IP) baseada nas práticas recomendadas EBR “O brincar em IP” (1 profissional);
- b. Pós-graduação em “Educação Especial no domínio da IP” (3 profissionais);
- c. Entrevista Baseada nas Rotinas – Práticas Centradas na Família (1 profissional);
- d. Terapia ocupacional em IP (1 profissional);
- e. Ação de formação em Práticas recomendadas em IPI (1 profissional);
- f. Formações durante o estágio curricular (1 profissional);
- g. Práticas recomendadas em IP e EBR Escala (1 profissional).

**Gráfico 12 - Formação e Experiência dos profissionais em IPI**



*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário aos profissionais

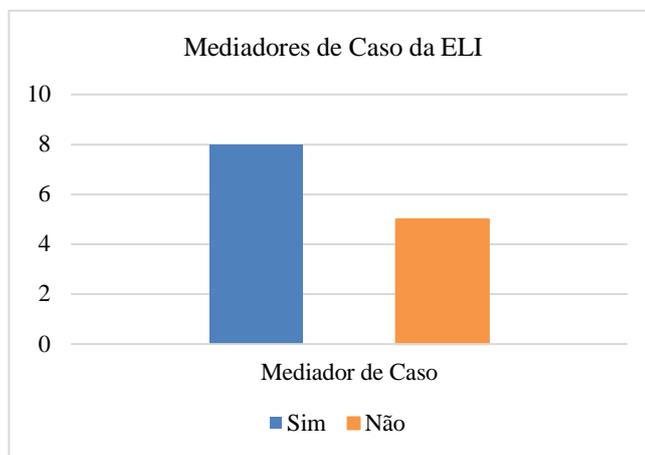
Relativamente à questão “Já tinha trabalhado nesta área?”, o gráfico demonstra que 5 inquiridos responderam que “sim”. Em contrapartida, 8 profissionais responderam que “não”. Revelando que os primeiros 5 profissionais mencionados, quando integrados nesta ELI, já possuíam experiência na área da IPI, referindo os seguintes locais: Agrupamento de Escolas; ELI da Guarda; Hospital Pediátrico de Coimbra e Várias ELI’s.

Como referido anteriormente, as Equipas Locais de Intervenção selecionam um dos profissionais para Mediador de Caso, que assume um contacto regular com as famílias e as crianças, representando todos os profissionais da Equipa. Tendo em conta o número elevado de casos ao cargo da ELI do Centro de Saúde de Trancoso, existe mais do que um Mediador de Caso e alguns com mais do que um caso, como se pode analisar a seguir.

O gráfico 13 indica que dentro do universo dos 13 profissionais, 8 deles são Mediadores de Caso, sendo que os três profissionais do Ministério da Educação são responsáveis por um total de 32 casos, variando entre 10 - 11 casos cada um. No que diz

respeito aos restantes profissionais, tal como o terapeuta da fala, psicóloga e enfermeira, são responsáveis por uma variante de 1 a 3 casos.

**Gráfico 13 - Mediadores de Caso existentes na ELI do Centro de Saúde de Trancoso**



*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário aos profissionais

Após a apresentação dos dados quantitativos do estudo, utilizados para caracterizar as amostras, segue-se a apresentação dos dados qualitativos referentes às perguntas abertas presentes nos questionários realizados, tanto para as famílias como para os profissionais.

## **2. Caracterização das dimensões em análise**

O procedimento utilizado para análise das diferentes dimensões dos questionários, mais especificamente, das respostas abertas, é efetuado através de uma análise descritiva. Assim, com a segunda e terceira partes (esta última só presente nos questionários referentes à família) dos questionários, pretende-se analisar os conhecimentos que as famílias e os profissionais possuem acerca do modelo centrado na Família Baseado nas Rotinas, da IPI. De forma a facilitar a apresentação dos dados e a respetiva análise, segue-se, em primeiro lugar, a análise referente às famílias e, posteriormente, a mesma análise, mas neste caso referente aos profissionais.

Tendo em conta a quantidade de informação recolhida nas perguntas abertas, a análise realiza-se através de uma estrutura sob orientação dos seguintes eixos de questionamento:

- a) Definição, por parte dos inquiridos, do novo modelo de IPI;
- b) Vantagens;

- c) Desvantagens;
- d) Características do perfil de um profissional IPI.

Em cada eixo de análise, recorre-se às respostas descritivas, tanto das famílias como dos profissionais, de forma a obter-se informações significativas face aos objetivos de investigação.

## ***2.1. Dimensões em análise referente às famílias e aos profissionais inquiridos***

### *2.1.1. Definição do novo modelo de IPI centrado na Família Baseado nas Rotinas*

O modelo de IPI centrado na Família Baseado nas Rotinas apareceu acompanhado de diversas alterações referentes ao modelo anterior, que se focava apenas na criança em risco. Deste modo, é importante saber até que ponto os inquiridos, tanto as famílias como os profissionais, conhecem e definem o novo modelo.

Tendo em conta, em primeiro lugar, a análise referente aos dados proporcionados pelas famílias, de um modo geral, todas consideram que o novo modelo de IPI permite ajudar as famílias no desenvolvimento dos seus filhos, nos seus contextos diários. Tal como refere a F1, *“este modelo ajuda muito a família a perceber como podemos ajudar os filhos em coisas simples do dia-a-dia, para que sejam corrigidas”*, completando a F2, dizendo que o mesmo ajuda *“como devo organizar as tarefas para que continue o trabalho dos técnicos”*. Uma das grandes mudanças do novo modelo é, de facto, a continuação do trabalho dos profissionais nos lugares mais frequentados pelas crianças – neste caso, em casa.

Tendo em conta que a grande mudança do modelo incidiu no seu ponto central de intervenção, deixando de intervir apenas com a criança em risco de desenvolvimento e passando a fazê-lo também com a respetiva família e comunidade, a F6 afirma que *“a família dá ferramentas para ajudar a desenvolver a criança”*, tornando-se, por isso, num elemento ativo na IPI, dado que só um trabalho conjunto com os profissionais é capaz de originar resultados positivos ao nível da intervenção, como refere a F4: *“penso que a família é que é a primeira a ter que ajudar a criança e a preocupar-se com os seus problemas, mas é muito importante haver esta equipa que nos apoia e nos orienta como fazer melhor para o bem da criança”*. Para isto, é necessário que haja uma boa comunicação entre a família e os profissionais, sendo a família constantemente informada

sobre o processo de intervenção e de desenvolvimento das crianças, uma vez que faz parte da tomada de decisões – este aspeto é referenciado pelas F5, F8 e F10.

A F7 apresenta uma definição resumida deste novo modelo: “[consiste em] *ajudar as crianças a ultrapassar as suas dificuldades de acordo com o seu ambiente familiar e enquadrar esses procedimentos terapêuticos de acordo com as suas rotinas normais do dia-a-dia, envolvendo sempre a família*”.

Pode concluir-se que as famílias estão informadas das mudanças do modelo de IPI centrado na família e dos seus respetivos objetivos, mostrando-se cientes da importância do seu papel, tanto nos procedimentos dos programas de intervenção como no desenvolvimento dos mesmos – consultar a tabela 1 (Anexo III).

Relativamente aos dados analisados nos questionários preenchidos por alguns membros da ELI do Centro de Saúde de Trancoso, pode afirmar-se que, de um modo geral, todos os inquiridos se encontram dentro da definição exata do que é o novo modelo de IPI centrado na Família Baseado na Rotina e a sua respetiva evolução, mostrando o saber dos mesmos na área em questão.

O P1 começa por afirmar que a *“IP, sendo um grupo com vários ministérios envolvidos, tem como modelo de trabalho a intervenção direta com a criança, modelo que se usava quando a IP foi criada”* e *“sabendo que no passado recente o programa de IP era um conjunto de serviços destinados a crianças dos 0 aos 3 anos em que o paradigma fundamental era a criança. Atualmente, o desenvolvimento da criança é influenciado por variadíssimos fatores envolventes que vão estimular de forma adequada o seu desenvolvimento, estes fatores encontram-se nos contextos onde a criança está inserida, para que possa ter um desenvolvimento/aprendizagem saudável e harmoniosa de acordo com as suas necessidades e daí a família estar sempre implicada”* – acrescenta o P2. Ou seja, pode concluir-se que o ponto central deste novo modelo passa da criança para a família, uma vez que *“toda a família é unidade de intervenção para além da necessidade da criança tem impacto em toda a família; os profissionais trabalham em parceria com a família; as práticas de intervenção respondem às prioridades e objetivos da família”* (P4) – sendo este aspeto referido pela maior parte dos inquiridos. De forma a completar esta definição, o P11 define o modelo como *“a conceção de que a vida da criança se desenrola no seio da família, numa dinâmica permanente, gerada a partir das características de todos os seus membros e das interações que estabelecem entre si e com os sistemas que os envolvem. É, pois, uma intervenção centrada, sempre que possível, nas atividades e*

*rotinas diárias dos ambientes naturais onde a criança passa a maior parte do seu tempo de aprendizagens”.*

Apesar da percepção positiva que os profissionais demonstram em relação ao novo modelo de IPI e à interpretação do mesmo, há profissionais que mencionam que, apesar dos ganhos que este proporciona às crianças, *“ainda não está a ser praticada por todos os técnicos, sendo que ainda não é possível fazer uma avaliação do novo método”* – conclui o P1 na sua declaração. Sendo que o P13 alerta para o facto de *“embora ainda seja apenas uma prática recomendada, é um modelo bastante mais estruturado que vai de encontro às necessidades/preocupações da família e não àquelas que o técnico de IP acha melhor. A família é o elemento principal e fundamental para otimizar o desenvolvimento da criança. O facto de haver um mediador de caso faz com que haja alguém com mais referência para a família, criando assim uma maior proximidade”*.

Conclui-se que tanto as famílias como os profissionais inquiridos detêm conhecimentos verídicos relativamente à definição do novo modelo de IPI centrado na Família Baseado nas Rotinas, com a confirmação de que é um modelo centrado na família e não apenas na criança, tendo em consideração as suas rotinas diárias, a comunidade e contextos que rodeiam a mesma. Mencionam que, inicialmente, as crianças em risco pertencentes aos programas de IPI eram dos 0 aos 3 anos de idade, sendo que, atualmente, a idade é alargada até aos 6 anos de idade – o que muitas vezes não chega. No entanto, apesar dos ganhos que o modelo traz para o desenvolvimento da criança e da família, esta é apenas uma prática recomendada que necessita de mais estudos para confirmar a veracidade do que é afirmado até hoje, pois colocar a teoria em prática não está a ser um processo fácil para os profissionais.

As respostas apresentadas pelos profissionais encontram-se na tabela 2 – Anexo III.

### *2.1.2. Vantagens*

Sendo este um modelo de intervenção recente que não é facilmente posto em prática, este estudo pretende analisar as vantagens mencionadas pelas famílias inquiridas, uma vez que são parte integrante da Equipa Local de Intervenção do Centro de Saúde de Trancoso e, ao mesmo tempo, público-alvo da própria intervenção.

Analisando a tabela 3 (Anexo III), verifica-se uma positividade em relação ao modelo e ao trabalho dos técnicos desta ELI, pois, como a F7 menciona, existe uma *“multidisciplinaridade dos técnicos, proximidade com as famílias e escolas e articulação*

*entre a escola e os terapeutas*”, o que não era visível no modelo mais centrado criança, dado que, como o próprio nome indica, o contacto era feito apenas com a criança e muito pouco com os restantes elementos que, para o modelo atual, são fundamentais para o desenvolvimento da criança. Este modelo proporciona *“orientação, apoio e participação ativa”*, indica a F2. Orienta as famílias e comunidades em relação às tarefas que devem efetuar com a criança, apoiando-as e permitindo uma participação ativa por parte destes elementos, tal como afirma a F6: *“a família decide a intervenção”*.

Um aspeto relevante mencionado por algumas famílias é o facto de uma das vantagens deste modelo ser *“a facilidade de chegar a instituições necessárias”* (F1), *“procurar outros profissionais”* (F4) e *“ajudar a família a ir a outros serviços”* (F5). Muitas famílias, para além da problemática da criança, têm necessidade de outros cuidados e serviços que não são de fácil acesso, e este modelo, através da sua transdisciplinaridade, permite aceder com mais facilidade a esses apoios e serviços para além dos próprios, não sendo, por vezes, fácil o seu contacto e adesão.

Contudo, através desta análise, percebe-se a satisfação das famílias inquiridas em relação à metodologia do novo modelo, que lhes proporciona vantagens, tanto a nível de informação constante, participação ativa, apoio, relações de *“amizade”* (F10), orientação, articulação entre as instituições onde a criança está inserida no seu dia-a-dia e acesso a apoios e serviços necessitados pelas famílias.

Após a análise das vantagens referidas pelas famílias, segue-se a análise dos dados dos profissionais (tabela 4 – Anexo III), que completam as vantagens já referidas. Nota-se a diferença das respostas dos primeiros inquiridos para os segundos, uma vez que as famílias se baseiam apenas nas vantagens que o modelo lhes oferece, enquanto os profissionais declaram vantagens em relação a vários pontos do modelo.

Sendo assim, o modelo reduz a intervenção dos técnicos com as crianças, levando a uma maior *“envolvência dos pais nas evoluções e desenvolvimento da criança”* (P1), e permitindo *“criar competências nas famílias para que se sintam mais independentes e autoconfiantes, de forma a satisfazer os seus desejos/objetivos para os poderem concretizar e daí resultar um desempenho mais adequado que potencie o desenvolvimento da criança”* (P2) *“atribuindo mais responsabilidades aos cuidadores/pais”* (P8). Uma vez que a família passa a ter uma participação ativa na intervenção, o modelo permite *“responder às prioridades das famílias e seus objetivos”*, enquanto *“os profissionais passam a agentes ao serviço da família com práticas individualizadas para cada uma delas”*, refere o P9. Este aspeto leva, consequentemente, a um *“maior envolvimento da*

*família nas várias rotinas da criança, fora do ambiente familiar, também” e a uma “maior proximidade entre os técnicos e as famílias” (P5 e P7), pois os profissionais têm que “entrar” na vida das famílias.*

Visto que o modelo integra todos os elementos que fazem parte do contexto diário da criança, para além da família, este tem como vantagem, mencionado pelo P3, criar uma *“maior dinâmica e envolvimento dos intervenientes dos diversos contextos; capacitação dos intervenientes em todas as rotinas da criança”*, que leva a uma *“participação transversal”* (P12) e a um *“trabalho transdisciplinar”* (P13), entre todos os intervenientes necessários para o sucesso da intervenção e o desenvolvimento da criança.

Por fim, o P6 enumera diversos benefícios do atual modelo de IPI centrado na Família Baseado nas Rotinas: *“maior coerência entre os intervenientes na vida da criança; maior clareza e definição das necessidades da criança e das metas desenvolvimentais em termos de competências essenciais a atingir; estimulação harmoniosa do desenvolvimento da criança”*; posto isto, o P11 resume como vantagem a *“melhoria das práticas dos profissionais, de forma a objetivar-se um apoio centrado na família, nos contextos naturais da vida da família e assente num modelo de equipa transdisciplinar, onde a família é membro ativo e participativo em todo o processo com o mediado de caso”*.

Contudo, e em modo de conclusão, o P4, para além de se manter em sintonia com os restantes profissionais em relação à família e ser a *“principal estrutura organizadora no desenvolvimento de uma criança”* e da *“IP centrada na família, capacita-a para proporcionar à criança diferentes experiências e oportunidades de aprendizagem como parte do seu dia-a-dia”*, é o primeiro a definir *“três pilares de desenvolvimento /aprendizagem da criança: envolvimento, independência, interação social”* como vantagens do modelo.

### *2.1.3. Desvantagens*

Apesar das vantagens referidas pelos inquiridos, para este estudo é importante saber, na visão dos mesmos, se o modelo apresenta desvantagens. É relevante mencionar que, num universo de 10 famílias inquiridas, apenas 6 responderam a esta questão.

Após a análise dos dados, comprovou-se que as 6 famílias que responderam se encontram em sintonia, em relação à única desvantagem apresentada por todos: *“demora das ajudas”* – refere a F10 (tabela 5 – Anexo III); isto tanto em relação aos técnicos como à resolução dos problemas. A F2 acrescenta também a necessidade de *“pedir horas ao*

*patrão e deslocações ao hospital*”. Isto é, embora a intervenção proceda precocemente, a sua duração é curta, tanto porque as crianças não fazem parte da idade prevista para intervenção como por motivos de transição.

Pode concluir-se que a demora em dar respostas à população-alvo se deve ao pouco tempo que os profissionais possuem para se dedicar à IPI – possivelmente, por exercerem em simultâneo as suas próprias áreas de especialização. Também por serem poucos profissionais para a quantidade de casos existentes na ELI do Centro de Saúde de Trancoso e por ser difícil o acesso aos apoios-extra de que as famílias necessitam.

Em relação aos profissionais, apenas dois dos inquiridos não descrevem nenhuma desvantagem do modelo. No que concerne aos restantes, alguns profissionais referem o facto de as *“equipas serem constituídas com elementos (técnicos) sem formação em Intervenção Precoce baseada neste modelo”* (P4), uma vez que, devido às alterações sofridas de uma prática para a outra, é necessária a existência de formações que enquadrem os técnicos nas suas novas funções. No entanto, tendo em atenção os dados estatísticos apresentados na caracterização da ELI do Centro de Saúde de Trancoso, pode afirmar-se que, dentro do universo dos 13 profissionais inquiridos, 9 apresentam formações relacionadas com a IPI e com o modelo atual. Trata-se de uma média positiva, sendo ainda necessária, para um sucesso completo da intervenção e desenvolvimento das crianças/famílias, a formação de todos os técnicos da Equipa. Este modelo, refere o P3, *“exige disponibilidade e motivação/adesão dos diversos profissionais”*, o que muitas vezes não é possível, devido às profissões, que executam fora da IPI. Desta forma, a *“falta de tempo dos técnicos para se envolverem mais no processo”* constitui outra desvantagem apresentada por alguns inquiridos, uma vez que este é um modelo que exige muito mais trabalho, devido ao contacto com a família, comunidade, ambientes naturais onde a criança se encontra inserida diariamente, e outros recursos/serviços benéficos às necessidades da população-alvo, ou seja, é um modelo mais trabalhoso. É de referir a existência, na IPI, do Mediador de Caso, que faz a ponte entre a ELI e as famílias; uma vez que *“trabalha todas as áreas (pela equipa), não tem todas as competências para trabalhar as diferentes áreas: motora, linguagem, pedagógica, sensorial, etc”* (P1), fator que deveria ser tido em consideração, pois, normalmente, o MC tem a sua própria especialização e tem de saber lidar, um pouco, com a especialização dos restantes colegas, para ter sucesso com a transmissão de informação com a família.

Uma vez referida a necessidade de recorrer a outros recursos/serviços, esta também é considerado como uma desvantagem do modelo, afirma o P11 e outros: *“a inexistência*

*na comunidade de alguns recursos/serviços necessários à intervenção, ou seja, uma rede integrada de serviços (terapia da fala e ocupacional) adequada às necessidades da equipa como a ELI*”, acabando por referir mesmo a terapia da fala como um serviço necessário, dado que esta ELI é constituída, maioritariamente, por crianças com problemas de desenvolvimento da fala, o que leva à necessidade de as famílias, tal como elas mencionam nos questionários, procurarem fora da Equipa outros serviços.

A “*diminuição do tempo de apoio direto*” com a criança é considerada pelo P13 também uma desvantagem do modelo atual. Uma vez que o modelo pretende a interação com todo o meio que rodeia a criança, o próprio profissional deixa de prestar tanto apoio direto à criança, para conseguir proporcionar apoio a todos os elementos interativos com a mesma. Esta desvantagem pode, conseqüentemente, levar a uma outra apontada pelo P8, que é: “*se os pais não estiverem motivados/interessados no desenvolvimento dos filhos, isto é, famílias fechadas, limitam muito a intervenção e o desenvolvimento fica comprometido. Os pais se assim quiserem podem recusar ajuda*”. Tendo a família uma participação ativa neste programa e desenvolvimento da intervenção, é necessário que a mesma esteja disposta a colaborar com o processo, e ao mesmo tempo, é necessário que os profissionais envolvidos sejam capazes de interagir de forma correta com a família, para que juntos consigam obter o pretendido.

Existe, ainda, muita “*dificuldade em colocar no terreno um modelo teórico para o qual não existem recursos suficientes; para o qual os intervenientes dos contextos demonstram, por vezes, desconhecimento ou resistência*”, mencionada pelo P3, em forma de conclusão deste ponto de análise.

Segue em anexo (III) a tabela 6, com todos estes aspetos descritos pelos profissionais.

#### *2.1.4. Caraterísticas do perfil de um Profissional de IPI*

Como se verificou no enquadramento teórico do Capítulo 4, referente às mudanças do papel dos profissionais de IPI, este modelo incidiu bastante neste ponto, modificando o papel que os profissionais possuíam no modelo anterior. Tendo em conta que o papel que os profissionais desempenham em IPI foi, e continua a ser, uma mudança marcante para os mesmos, é interessante para o estudo perceber como é que as famílias, sendo agora parte integrante da Equipa, veem os profissionais. Assim, verificam-se na tabela 7 (Anexo III) as caraterísticas que os inquiridos escolheram para o papel dos seus parceiros.

Pode analisar-se que a maioria dos inquiridos refere que o papel dos profissionais deve ser “*sempre orientar a mãe ou família para que a criança tenha um bom desenvolvimento*” (F2); “*deve informar muito bem as famílias e indicar tudo o que pode ser feito, para bem do filho*” (F5); “*ajudar*” (F6); “*atento, acessível e competente*” (F7); “*deve saber ouvir bem as pessoas*” (F8); e, mencionado por praticamente todos os inquiridos, os profissionais devem ser simpáticos, ter empatia com as famílias. Todas estas características permitem a presença constante dos profissionais, como apoio e auxílio das famílias, realizando também o seu trabalho específico com a criança.

É importante referir que a F1 considera que as características dos profissionais são “*informar, ajudar, simpatia e poder em resolver os problemas*”; no entanto, o profissional não resolve problemas, mas sim, em conjunto com a família, deve encontrar estratégias para a resolução dos problemas, de forma a capacitar a família a tornar-se mediadora eficaz no quotidiano das crianças, tal como é referenciado no capítulo sobre esta temática.

Após a análise das respostas dadas pelas famílias, segue-se a análise feita às respostas oferecidas pelos profissionais.

É de salientar, nesta análise, o facto de os 3 profissionais que pertencem ao Ministério da Educação – P2, P4 e P5 – dividirem as características dos profissionais de IPI em três tipos: qualidade técnica (formação na área, experiência, competências, entre outras); práticas relacionais (escuta ativa, empatia, honestidade, compreensão, interesse, crenças na competência das famílias, entre outras); e práticas participativas (responsabilidade, flexibilidade, envolvimento, colaboração, partilhar informação, entre outras).

Posto isto, foi apresentado pelos restantes profissionais todo um leque de características, como por exemplo:

(1) “*capacidade de integração no meio pedagógico, disponibilidade para novas aprendizagens e enriquecer o seu curriculum*” – referida pelo P1;

(2) “*capacidade de adaptação e diferentes contextos, capacidade para trabalhar em equipa, facilidade de análise e trabalho com grupos, compreensão das rotinas e necessidades dos contextos*” – referida pelo P3;

(3) “*entender o bem maior da criança como prioridade da intervenção*” e possuir “*competências e conhecimentos na área da abordagem das famílias e do desenvolvimento da criança*” – referida pelo P6;

(4) “*ser empático para facilitar o trabalho com a família*” – referida pelo P7;

(5) “*ser disponível*” e “*bom ouvinte*” – referida pelo P8;

(6) “*ter ética da relação, onde envolve outros e constrói parcerias*” e “*estar em constante desenvolvimento das suas próprias capacidades, para desta forma prestar serviços de qualidade, tendo por base as práticas recomendadas e baseadas na evidência*” – referida pelo P9;

(7) “*ter capacidade de simplificar o discurso junto das famílias, ter capacidade de delegar quando necessário*” e “*ser persistente, porque há nestes processos muitos avanços, mas também muitos recuos*” – referida pelo P10;

(8) “*capacidade de comunicação, que lhe permite estabelecer uma intervenção positiva com a família; aceitar e respeitar as opiniões e valores da família; respeitar o direito das famílias à privacidade; honrar a confidencialidade da informação; saber estabelecer uma relação de confiança com a família*” – referida pelo P11; no fundo, deve ter uma “*boa conduta ético-profissional*”, como menciona o P13;

(9) “*formação específica*” – referida pelo P12.

Posto isto, pode concluir-se que, embora os profissionais não dividissem as características pelos três tipos mencionados pelos técnicos de educação, foram descrevendo cada característica que faz parte tanto da qualidade técnica, com das práticas relacionais e das práticas participativas.

Na tabela 8 (Anexo III), encontram-se todas estas características, descritas de forma individual por cada profissional.

Conclui-se que, conforme o que foi apresentado no enquadramento teórico, as famílias inquiridas e os profissionais apresentam uma noção verídica sobre a mudança do papel dos profissionais nas intervenções, pois o papel destes passa por: prestar apoio e trabalho em parceria com o sistema familiar e a comunidade; capacitar a família, tornando-a autónoma e capaz na resolução dos problemas existentes; ser facilitador e orientador em relação a outros serviços da comunidade; entre outras características.



## CAPÍTULO 7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A Intervenção Precoce na Infância sofreu diversas alterações ao longo dos tempos. Uma delas, a mudança de modelo ou dinâmicas de intervenção, sendo, neste momento, mais centradas nas famílias e nas suas rotinas. Posto isto, realizou-se o presente estudo com o objetivo de se conseguir um panorama da utilização do modelo atual de IPI centrado na Família Baseado nas Rotinas, na Equipa Local de Intervenção do Centro de Saúde de Trancoso. O estudo foi efetuado com base no testemunho dos profissionais desta ELI e das famílias que a mesma abrange, através de questionários com perguntas fechadas e abertas.

Após a análise de dados apresentada acima, pode concluir-se que existe uma enorme concordância entre as famílias e os profissionais, de um modo em geral.

Verificou-se uma grande assimilação, em relação ao quadro e às práticas do novo modelo centrado na Família Baseado nas Rotinas, uma vez que as famílias valorizam as componentes dos programas de intervenção que mais se aproximam da sua participação ativa, tal como os profissionais. Entre as ideias apresentadas relativamente ao conceito do modelo, existe, também, uma grande concordância com as atuais definições do mesmo, aceites nacional e internacionalmente. Sendo o atual modelo centrado na família, as definições descritas pelos inquiridos ressaltam o facto de ser uma intervenção que pretende responder às necessidades e prioridades da criança e da família, visando a capacitação e autonomia desta última. De forma mais específica, quando se pede às famílias uma definição deste tipo de intervenção, a resposta mais frequente diz respeito ao facto de ser uma intervenção que as ajuda no desenvolvimento das suas crianças, através da organização de tarefas que continuem o trabalho dos profissionais, nos seus contextos diários. Ou seja, trata-se de um modelo que ajuda as crianças a ultrapassar as suas dificuldades, tendo em consideração o seu ambiente familiar, permitindo uma participação mais ativa da família e envolvendo sempre mais a comunidade.

Os profissionais definem-na como sendo uma intervenção que responde às preocupações e necessidades da família, visando a sua capacitação e autonomia na ajuda ao desenvolvimento da criança no seu ambiente natural. Valorizam, assim, o facto de a família ser o principal contexto de desenvolvimento da criança e da intervenção implicar um papel ativo da mesma, sempre com o apoio dos profissionais. Desta forma, mencionam a necessidade de um trabalho de parceria entre os profissionais e a família.

Portanto, nas definições acerca do conceito deste modelo e dos seus objetivos, os profissionais relembram principalmente as características que se enquadram na componente

participativa das práticas centradas na família, destacando a atenção às preocupações e necessidades da mesma e a sua participação ativa no processo e intervenção, não esquecendo nunca o objetivo primordial: o desenvolvimento da criança em risco. Porém, em termos teóricos, esta concordância indica que os principais componentes da prática da IPI estão muito bem assimilados, tanto pelas famílias como pelos profissionais da ELI.

No entanto, sabe-se que, e a literatura existente comprova-o: existe uma discrepância entre o saber teórico de ambos os grupos inquiridos – práticas ideais e a sua operacionalização no terreno e práticas reais.

Consequentemente, foram apresentadas mais vantagens do que desvantagens relativamente ao modelo atual, por ambos os grupos inquiridos. Mantendo-se em concordância, de forma resumida, as famílias apresentam como vantagens a proximidade entre os profissionais, as famílias e as escolas, assim como a consequente articulação entre a escola e os profissionais, que permite a continuação do trabalho destes nos lugares mais frequentados pelas crianças; o facto de as famílias estarem em contacto com os profissionais leva a uma maior troca de informação, orientação e participação ativa, dando à família poder de decidir a intervenção – uma das grandes vantagens referidas.

Após revelarem os aspetos mais ligados a si, mencionaram o facto de este modelo facilitar o contacto com outras instituições e serviços, em concordância com as necessidades das famílias. Sendo este um modelo que reduz a intervenção direta dos profissionais, estes apontam como vantagens a maior envolvimento das famílias na programação e desenvolvimento da intervenção, tornando-as autoconfiantes e capazes de alcançar e satisfazer as suas necessidades e o desenvolvimento da criança. Em relação ao seu papel, mencionam que este modelo tem como vantagem a transdisciplinaridade dos mesmos.

No entanto, apesar de poucas, foram mencionadas algumas desvantagens. As famílias andam à volta da indisponibilidade para a resolução dos problemas, tal como da demora das ajudas. Os profissionais referem a falta de formação em IPI, baseada neste modelo, por parte dos elementos da Equipa, assim como a pouca disponibilidade para se envolverem mais nos processos, devido aos seus trabalhos externos à IPI. Ainda, a diminuição do apoio direto à criança, uma vez que a intervenção exige o contacto com os intervenientes necessários ao desenvolvimento da mesma.

Outra desvantagem diz respeito à insuficiência de serviços e recursos para as necessidades das famílias e à dificuldade de mobilizar e fortalecer a rede de apoio social

das mesmas. Após as mudanças que este modelo exige, os profissionais afirmam que é difícil colocar em prática todos os seus conteúdos teóricos.

Após reveladas as vantagens e as desvantagens que o modelo atual de IPI trouxe, segue-se a análise do papel que os profissionais de IPI devem possuir, enquanto apologistas do modelo centrado na Família Baseado nas Rotinas. Tal como em todo o processo de análise, continua a existir uma concordância das respostas dadas pelas famílias e pelos profissionais, sendo visível o grau de conhecimentos por parte dos profissionais, em relação às suas funções e atitudes.

As características selecionadas pelas famílias dizem respeito, de uma forma geral, àquilo que os profissionais devem ser quando estão em contacto com as mesmas, sendo sempre em prol do desenvolvimento da criança. Assim, para as famílias, o papel dos profissionais deve ser o de informar, indicar, ajudar e orientar as famílias para as melhores práticas que devem ter com a criança, de forma a resultar no seu desenvolvimento. Para além disso, os profissionais devem ser acessíveis, competentes, atentos, possuir empatia e ser bons ouvintes, uma vez que as prioridades e necessidades das famílias são fatores em constante alteração e importantes para a intervenção. Para concluir, uma família afirma que os profissionais devem possuir o poder de resolver os problemas, o que é oposto ao modelo atual, segundo o qual os profissionais não devem resolver os problemas, mas sim, ajudar a resolvê-los em conjunto com as famílias, de forma a capacitá-las para o desenvolvimento das crianças. Estando presente a aleatoriedade das respostas escritas pelas famílias, segue-se a complexidade das opções dos profissionais.

Os profissionais apresentam respostas relacionadas com a sua qualidade técnica, práticas relacionais e práticas participativas. Alguns, de forma individual, apresentando características específicas para cada uma; outros apresentando apenas as características, sem as associar a algum destes três grupos. Notando-se aqui os conhecimentos mais aprofundados por parte de apenas três dos profissionais, em relação à existência dos três tipos de dimensões, apresentadas por Dunst. Assim, através das respostas dadas pelos profissionais, pode-se englobar todas as características descritas nos três grupos primeiramente mencionados, ou seja, dentro da (1) qualidade técnica, pode-se incluir a formação na área da abordagem das famílias e do desenvolvimento da criança, as competências, experiência, capacidade de integração no meio pedagógico, disponibilidade para novas aprendizagens e, conseqüentemente, enriquecer os próprios currículos, honrar a confidencialidade da informação e possuir uma boa conduta ético-profissional; as (2) práticas relacionais abrangem a empatia, compreensão, honestidade, escuta ativa, interesse,

crenças nas competências das famílias, compreensão das rotinas e necessidades dos contextos, entender o bem maior da criança como prioridade da intervenção; aceitar e respeitar as opiniões e valores da família; respeitar o direito das famílias à privacidade; saber estabelecer uma relação de confiança com a família; por fim, as (3) práticas participativas dizem respeito à responsabilidade, envolvimento, flexibilidade, entrega total ao processo, colaboração, partilha de informação, capacidade de adaptação a diferentes contextos, capacidade para trabalhar em equipa, entre outras.

O papel do profissional e a capacidade de desenvolver um trabalho verdadeiramente centrado na família é uma das principais condições que os profissionais consideram que devem ser cumpridas, sendo notória a responsabilização que possuem, quanto ao papel que lhes cabe no processo de mudança que o novo modelo de IPI implica. O assumir de uma atitude mais interventiva, de participação ativa da família com os profissionais, e o estabelecer de uma verdadeira relação de parceria dependem muito da capacidade do profissional para criar um espaço em que a família se sinta ouvida e respeitada, permitindo a ambos perceber quais os seus papéis e a importância que cada um tem para a intervenção e desenvolvimento das crianças.

Em contrapartida, muitas das dificuldades e das assimetrias que se constataam ao nível das práticas dos profissionais devem-se às suas diferentes formações, levando à ideia de que todos os profissionais de Intervenção Precoce na Infância devam possuir, obrigatoriamente, uma formação básica, uniformizando os conteúdos formativos com um currículo comum, para além das suas especialidades. Isto é, formações com uma grande componente prática e de reflexão, a partir das necessidades dos profissionais, são, possivelmente, as mais suscetíveis de conduzir a uma mudança de atitudes e práticas.

Apesar de os profissionais, de um modo geral, possuírem uma compreensão razoável a nível teórico dos principais conceitos básicos do modelo atual, o esforço da formação permitiria incidir no treino para a passagem da teoria à prática. Efetivamente, verifica-se que existem diversos aspetos positivos referentes às práticas dos profissionais, no entanto, é notável a dificuldade da aplicação das boas práticas, principalmente em relação à que é identificada por Dunst como a componente participativa das práticas de ajuda centradas na família. Esta dificuldade deve-se a diversas causas, como por exemplo, ao tipo de formação que os profissionais receberam inicialmente, focada na intervenção centrada na criança e nos seus *deficits*, que tem de ser alterada para o novo modelo, de forma a corresponder às prioridades e necessidades das famílias, em prol do desenvolvimento das crianças, implicando mudanças nas atitudes e no papel de todos.

Apesar de a maioria dos profissionais considerar que intervém em prol do modelo centrado na família, colocando o enfoque na componente participativa, explica que as dificuldades com que se deparam são referentes, principalmente, à dificuldade em colocar em prática esta componente, à falta de serviços e recursos em prol das necessidades das famílias ou à dificuldade em estabelecer redes – sendo estas razões exteriores a eles próprios. No que diz respeito ao envolvimento da família e à sua participação ativa, tal como requer a mesma componente, depende da forma como o profissional cria espaço à família para esta se sentir à vontade para expor as suas preocupações e desejos, proporcionando um clima de confiança. Para além de que possuir empatia e saber ouvir as famílias, bem como respeitar as suas decisões, é um dever (e um direito inquestionável das mesmas). Uma vez concretizado, as famílias sentem-se valorizadas e, possivelmente, tornar-se-ão progressivamente mais autónomas. Contudo, a informação de que os direitos das crianças têm de ser sempre salvaguardados é de suma importância e deve servir de referência, quando os profissionais se debatem com dúvidas no trabalho com as famílias.

Apesar de a análise de dados incidir principalmente na definição do modelo de IPI centrado na Família Baseado nas Rotinas, nas suas vantagens e desvantagens, e nas características do papel dos profissionais de IPI, a existência de outras questões presentes no questionário feito às famílias apresenta uma frequência positiva, em relação à participação ativa das mesmas, na avaliação do processo da intervenção (gráfico nº.1 – Anexo IV). Esta participação ativa da família na ELI do Centro de Saúde de Trancoso é completa com as respostas dadas pelas inquiridas nas seguintes questões, que permitem ter uma perceção positiva sobre a integração das famílias no processo da intervenção.

Tal como o gráfico nº.2 (Anexo IV) demonstra, a família tem a noção de que este novo modelo necessita tanto do trabalho do profissional como do trabalho das mesmas, uma vez que a tomada de decisão é feita por ambas as partes. Completando-se com o gráfico nº.3 (Anexo IV), as famílias percebem que fazem parte da ELI e que devem estar presentes na tomada de decisões, como ter uma participação ativa no desenvolver da intervenção, *“porque são os pais que conhecem melhor os filhos para dar as informações necessárias”* para a intervenção (F10), *“facilitando o caminho para que todos os técnicos possam atuar da melhor maneira e desenvolver o seu trabalho”* (F2). A F6 afirma ser *“útil em casa, porque a criança acaba por passar mais tempo na escola e então em casa devemos fazer também o que ele está a desenvolver na escola”*, sendo que uma das utilidades mais importantes é a ajuda na *“fase de diagnóstico e na implementação das medidas a tomar”*, referida pela F7 e, em forma de conclusão, este modelo permite que as

famílias fiquem a saber como podem ajudar as crianças (F1), consolidando o trabalho dos profissionais e tornando-se mais autónomas. Estas citações encontram-se descritas na tabela 9 – Anexo V.

Através destes testemunhos, pode concluir-se que a Equipa Local de Intervenção do Centro de Saúde de Trancoso tem aplicado o novo modelo de IPI centrado na Família Baseado nas Rotinas, dando mais relevo (1) à importância da mudança do papel dos profissionais, adquirindo, ao longo dos tempos, formações adequadas ao modelo para os elementos da equipa, com o objetivo de serem capazes de responder de forma positiva às necessidades das crianças e famílias e (2) integrando gradualmente a família na equipa, de forma a ter voz nas decisões referentes à elaboração do programa de intervenção e, conseqüentemente, à participação ativa da mesma no desenvolver da intervenção, uma vez que é o elemento mais presente, de forma regular, no desenvolvimento da criança.

No entanto, devido ao elevado número de casos que esta Equipa possui, as famílias referem ter necessidade de recorrer a outros apoios, fora da ELI (gráfico nº.4 – Anexo IV), como por exemplo “terapeutas da fala” e assistentes sociais, uma vez que a maioria dos casos abrangidos por esta Equipa está relacionada com problemas de linguagem, o que sobrecarrega a terapeuta da fala pertencente à Equipa. Apesar deste contratempo, ao qual a Equipa tenta responder da melhor forma, as famílias encontram-se satisfeitas com o trabalho e serviço prestados pela ELI do Centro de Saúde de Trancoso (gráfico nº.5 – Anexo IV), reconhecendo a importância do novo modelo de Intervenção Precoce na Infância (gráfico nº.6 – Anexo IV) para o desenvolvimento das suas crianças, em termos pessoais, sociais e profissionais.

Pode concluir-se que as práticas dos profissionais da Equipa Local de Intervenção do Centro de Saúde de Trancoso correspondem às principais características da componente relacional das práticas do modelo de IPI centrado na Família Baseado nas Rotinas, existindo, mesmo assim, algumas lacunas, no que diz respeito à componente participativa dessas mesmas práticas. Desta forma, a Intervenção Precoce na Infância pode não passar de um conjunto de princípios teóricos, se não corresponder verdadeiramente à competência dos profissionais que se aplicam a mudanças reais de atitude, no que diz respeito à forma de se encarar o papel dos mesmos e das famílias. Pois, embora em termos teóricos o novo modelo já faça parte do vocabulário destes profissionais, existe ainda dificuldade em colocá-lo em prática.

Esta dificuldade pode resultar de questões culturais e da formação recebida pelos profissionais. De facto, uma supervisão poderia dar o suporte e a formação em serviço

necessárias para conseguirem pôr em prática um tipo de intervenção que é não só diferente daquele para que foram ensinados, mas também muito exigente, uma vez que a necessidade de haver formação foi salientada por praticamente todos os profissionais. Foram, ainda, realçadas várias áreas passíveis de ser identificadas como necessitando de melhorias, nomeadamente, a nível: da mobilização das redes de apoio social da família, da colaboração sistemática com os outros recursos e serviços direcionados para as crianças dos 0 aos 6 anos e suas famílias, da formação e supervisão dos profissionais e da investigação.



## CONCLUSÃO

A Intervenção Precoce na Infância começou por ter maior atenção nos Estados Unidos da América, devido ao aumento de crianças com Necessidades Educativas Especiais. Após diversas investigações na área, foram implementados programas de IPI exclusivamente na criança, não considerando os contextos em que esta se encontrava inserida, como por exemplos: os seus contextos familiares, sociais e educacionais. Desde então, os EUA são considerados os pioneiros da IPI, sendo um exemplo a seguir para Portugal.

Em Portugal, a Intervenção Precoce na Infância evoluiu com os tempos e permitiu a criação de programas de IPI. Porém, as suas práticas passam a ser regulamentadas a partir de 1999, através do Despacho Conjunto n.º 891/99, de 19 de outubro, permitindo uma orientação para a implementação de programas de intervenção de qualidade, assim como um modelo organizado com o propósito de facilitar um trabalho transdisciplinar entre os intervenientes necessários, desenvolvido nos ambientes naturais de aprendizagem da criança e da sua respetiva família.

Inicialmente, as práticas de IPI centravam-se exclusivamente na criança, o que se tornou insuficiente, dado que os Ministérios da Educação, Saúde e Serviço Social sentiram a necessidade de procurar soluções a partir dos recursos existentes na comunidade, gerando um acordo com diversos objetivos, em prol do desenvolvimento das crianças em risco e das necessidades da sua família. Deste modo, as práticas centram-se não apenas na criança, mas também na sua família e comunidade, ou seja, tendo em consideração as suas rotinas e ambientes naturais onde a mesma está inserida. É sabido por muito tempo que a criança aprende, precocemente, por imitação daqueles que se encontram ao seu redor e com os quais passa mais tempo. Assim sendo, é necessário intervir e capacitar esses elementos a ajudar a criança no seu desenvolvimento pessoal e social.

Consequentemente, a IPI teve a necessidade de dar origem ao modelo atual, designado Modelo Centrado na Família Baseado nas Rotinas que, por sua vez, trouxe consigo mudanças a todos os níveis: critérios de elegibilidade, estratégias, papel dos profissionais de IPI, papel das famílias, entre outros. Assim, a população-alvo desta nova dinâmica abrange crianças do 0 aos 6 anos de idade que se enquadrem nos critérios de elegibilidade delineados: riscos de atraso de desenvolvimento, condição estabelecida e risco biológico e/ou ambiental, mais as respetivas famílias e comunidade, tendo em consideração as prioridades das mesmas. Uma vez integrada a família na intervenção, esta

passa a ter um papel ativo na sua programação e implementação, em conjunto com os profissionais.

Com isto, as políticas e práticas da Intervenção Precoce na Infância têm acompanhado a evolução dos modelos teóricos do desenvolvimento humano. Estes redefinem-se consoante as ponderações que vão surgindo, ao longo do tempo, relativamente ao desenvolvimento da criança, isto é, existe uma ligação entre a evolução histórica da IPI e a dos modelos de desenvolvimento, que leva à conclusão da necessidade deste novo modelo centrado na família. Assim, estas teorias de desenvolvimento que sustentam a IPI são constituídas pelo Modelo Transacional, de Sameroff, pelo Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano, de Bronfenbrenner e, por fim, pelo Modelo de Terceira Geração Baseado na Evidência, de Dunst.

Tendo em consideração a evolução desta área, o presente estudo surge pela necessidade de tentar perceber quais as principais características do novo modelo centrado na Família Baseado nas Rotinas, as dificuldades encontradas na sua implementação, o papel dos profissionais e o papel das famílias, através de um estudo exploratório e descrito por um modelo misto, com abordagens qualitativas e quantitativas executadas em várias fases da investigação. Tendo em conta que foram utilizadas amostras não probabilísticas, não é possível a generalização dos resultados em outras situações. Contudo, procurou-se enquadrar os resultados noutras pesquisas, quer nacionais quer internacionais, desenvolvidas neste âmbito.

A amostra da investigação é composta por 13 profissionais da Equipa Local de Intervenção do Centro de Saúde de Trancoso, que abrange os concelhos de Trancoso, Mêda e Vila Nova de Foz Côa, e também 10 famílias que estão integradas nesta Equipa, devido aos riscos de desenvolvimento que as suas crianças possuem. Os procedimentos de recolha de dados foram efetuados através de questionários, relativamente ao modelo de IPI centrado na Família Baseado nas Rotinas, a ambos os grupos de amostragem. Os questionários eram constituídos por perguntas fechadas referentes à caracterização da amostra e perguntas abertas para o conteúdo teórico referente ao modelo.

Relativamente às famílias, os questionários foram preenchidos na totalidade pela mãe, demonstrando que é o elemento familiar que se encontra presente na intervenção e que toma iniciativa para se dirigir à Equipa, existindo apenas dois casos em que o pai também faz parte deste processo, com idades entre os 25 e os 40 anos e com pouca escolaridade. O seu agregado familiar é considerado elevado, constituído maioritariamente por 4 a 5 elementos – uma vez que a média em Portugal é de 3 elementos. No que diz

respeito às crianças, maioritariamente são crianças com 5 anos de idade, com problemas de linguagem e moradoras do concelho de Trancoso.

A ELI do Centro de Saúde de Trancoso é, no total, constituída por 15 elementos, sendo que apenas 13 responderam ao questionário. Encontram-se integrados na Equipa 3 elementos do Ministério da Educação, 6 da Saúde e 2 da Segurança Social, e mais 4 elementos, através de parcerias, devido aos problemas de desenvolvimento, sendo que deste último grupo apenas 2 preencheram o questionário. As idades dos inquiridos variam entre os 30 e os 65 anos, tendo a maioria como grau académico a licenciatura e formações em Intervenção Precoce na Infância.

Tendo em conta que as dimensões em análise são referentes às definições dos conteúdos teóricos do modelo centrado na Família Baseado nas Rotinas, aplicado por esta equipa, as vantagens e desvantagens notórias do mesmo e as características do papel dos profissionais de IPI, pode concluir-se que existe uma concordância constante, no que diz respeito ao quadro que é possível traçar a partir das informações recolhidas, aos dois diferentes níveis: famílias e profissionais da ELI do Centro de Saúde de Trancoso.

Começando por analisar as definições dos conteúdos teóricos do modelo atual, a primeira reflexão que os dados apurados suscitam é que, em termos gerais, os conceitos teóricos genéricos subjacentes à sua prática parecem estar bastante bem assimilados pelas famílias e pelos profissionais, e vão de encontro às definições daquelas que são atualmente aceites nacional e internacionalmente. As famílias do estudo de caso valorizam as componentes do programa que mais se aproximam da intervenção centrada na família e, de um modo geral, ambos os grupos inquiridos demonstram desejar uma participação mais ativa da família, nos diferentes aspetos do programa, uma vez que esta possui informações relevantes ao desenvolvimento da criança. É possível verificar que tanto as famílias como os profissionais acreditam no potencial deste novo modelo, desde que o mesmo obedeça a determinados requisitos.

Tanto as famílias como os profissionais estimam o bom entendimento e empatia família-profissionais, que proporciona grande sintonia entre as respostas dadas pelas famílias e os profissionais da ELI, sugerindo a existência de uma comunicação e troca de informações aberta e sistemática, de um trabalho transdisciplinar por parte dos profissionais e em parceria com as famílias, não esquecendo a necessidade de interação com outros serviços e recursos, dos quais as famílias necessitam.

Apesar das diversificadas vantagens que o novo modelo tem proporcionado a estas famílias, foram apresentadas algumas desvantagens, como a falta de disponibilidade dos

profissionais, levando a pouco tempo de intervenção e entrega ao processo – isto referido pelas famílias. Já os profissionais mencionam, quase na totalidade, a falta de formações na área, pois, num universo de 13 profissionais inquiridos, apenas 9 possuem formação relacionada com o novo modelo de intervenção, e a falta de disponibilidade e adesão dos profissionais, também devido às suas atividades profissionais fora da IPI, ou seja, falta de tempo para se envolverem no processo, levando à necessidade de mais tempo para conclusão da intervenção. É preciso ter em atenção que a facilidade de entrar em contacto com outros serviços e recursos foi mencionada como uma vantagem do modelo, pelas famílias, que, no entanto, é completada como uma desvantagem, por parte dos profissionais. Por um lado, os profissionais conseguem obter um contacto mais fácil e rápido com os serviços necessitados pelas famílias, do que se fossem contactados por elas; mas por outro, há ainda uma marcada inexistência de alguns serviços e recursos na comunidade, necessários à intervenção e desenvolvimento da criança e família.

As ELI's contam com a existência de Mediadores de Caso, que estabelecem a ponte entre os profissionais e as famílias, de forma a facilitar a troca de informações e conhecimentos. Todavia, sendo estes os elementos que trabalham todas as áreas dos profissionais envolvidos, não têm todas as competências para o fazer. Este é um ponto fulcral a ter em consideração, sendo necessária uma reavaliação do método de seleção para este cargo e, conseqüentemente, da frequência de formações específicas.

Conseqüentemente, o papel dos profissionais de IPI também sofreu alterações. Inicialmente, o seu papel era o de resolver os problemas de desenvolvimento; atualmente, é o de ajudar e capacitar as famílias a conseguir fazê-lo, servindo apenas como suporte e apoio para as mesmas. O delinear da intervenção não é feito apenas pelos profissionais, mas também com a presença das famílias, tendo estas, agora, uma participação ativa, desde a programação da intervenção à sua implementação, o que gera um trabalho de parceira entre ambos os grupos.

De um modo geral, afirma-se que, apesar das dificuldades que os profissionais sentem, ao colocar em prática as suas novas funções, a ELI do Centro de Saúde de Trancoso tem conseguido fazê-lo, sendo ainda muito difícil passar os conteúdos teóricos para o terreno. Verificou-se um envolvimento ativo das famílias, tanto na escolha e tomadas de decisões, como ao longo de todo o processo de avaliação e intervenção, devido à sua integração na Equipa. As famílias inquiridas apresentam uma elevada satisfação com o trabalho realizado com os profissionais desta ELI, com os resultados alcançados e com a sua integração e participação ativa na intervenção. No entanto, referem que, em alguns

casos, é necessário recorrerem a outros serviços fora desta Equipa. Isto acontece devido ao elevado número de casos em risco de desenvolvimento, ligados a problemas de linguagem. Com a existência de apenas uma terapeuta da fala, as famílias sentem-se obrigadas a recorrer a outros profissionais da mesma área, sendo este um ponto que a ELI do Centro de Saúde de Trancoso deve ter em consideração, em conjunto com as suas parcerias.

Contudo, a análise dos obstáculos colocados à prática do modelo de IPI centrado na Família Baseado nas Rotinas permite retirar algumas conclusões. Estando os principais obstáculos relacionados com: os aspetos organizativos; a dificuldade de mobilização de redes e de articulações; as mudanças das práticas que incluem a redefinição do papel dos profissionais e das famílias, bem como a possível dificuldade do trabalho em equipa; a pouca oferta de serviços necessários aos riscos de desenvolvimento que as crianças integradas na Equipa possuem; a pouca formação realizada pelos profissionais; e a dificuldade de colocar em prática os conteúdos teóricos. O hábito e o tipo de formação que os profissionais recebem constituem fatores que dificultam muito a ambicionada passagem da teoria para a prática. Este modelo representa, de facto, para a maioria, um trabalho diferente daquele a que estavam habituados e isso provoca uma grande insegurança, pois existem poucos profissionais nesta ELI com experiência na área da IPI. Isto é algo que não se adquire rapidamente, através de uma ou duas formações. Trata-se, sim, de um longo processo de aprendizagem e prática.

Contudo, após toda a importância dada às famílias, é notável que o desenvolvimento das crianças se manteve como uma prioridade para ambos os grupos.

Conclui-se que, para o sucesso das dinâmicas do novo modelo de IPI centrado na Família Baseado nas Rotinas, não chega desenvolver programas de educação parental ou visitas domiciliárias com apoios diretos com a criança. É necessário um real investimento na capacitação das famílias, proporcionando-lhes programas alternativos que promovam a sua autonomia e competências, a diversos níveis, sempre com o intuito de potenciar o desenvolvimento das crianças. A existência de situações muito particulares coloca grandes desafios às Equipas Locais de Intervenção, não estando ainda a maioria delas preparada para lhes responder, tal como a comunidade portuguesa. Esta ainda não é capaz de proporcionar o enquadramento necessário, em termos de apoios, serviços e recursos às famílias, bem como condições de trabalho aos profissionais: apoio logístico, flexibilidade de horários, maior número de profissionais no terreno, aumento de formações ou a existência de supervisões sistemáticas, de forma a ter uma avaliação das práticas e a consequente melhoria das mesmas.

No enquadramento teórico-conceitual, e como é referido em diferentes momentos deste trabalho, os resultados apresentados são semelhantes aos de várias pesquisas, em que se constatou que as práticas de intervenção centradas na família constituem uma dinâmica melhorada e benéfica para a população-alvo, mas que ainda se encontra em dificuldades, no que concerne à aplicação dos conteúdos teóricos na prática. É necessário o investimento em formações, com componentes práticas incluídas, com ligação ao terreno, o aumento dos conhecimentos sobre a intervenção, o planeamento e implementação do programa, bem como o desenvolvimento de estratégias de contacto com as famílias, com os serviços e com os recursos da comunidade.

Por fim, e analisando de forma crítica a investigação realizada, as limitações patentes neste estudo prendem-se com o número de casos estudados, pois apesar de não se pretender a generalização, mas sim a compreensão desta realidade seria benéfica a análise de outras ELI's e das suas respetivas práticas e realidades em relação ao novo modelo de intervenção e, também a possibilidade de uma análise comparativa; a melhoria dos instrumentos utilizados para a recolha de dados, uma vez que para uma melhor perceção da realidade seria mais vantajoso a aplicação de entrevistas aos profissionais da Equipa Local de Intervenção, o que não se tornou possível neste estudo devido ao pouco tempo para a realização do trabalho e a falta de compatibilidade de horários dos profissionais; e por fim, as limitações geográficas, materiais e temporais, uma vez que o presente estudo não foi financiado e devido à residência permanente em Vila Franca das Naves a recolha de dados limitou-se apenas a uma ELI, neste caso do Centro de Saúde de Trancoso, região Centro, tendo-se consciência da possível existência de uma abordagem mais diversificada se o estudo se realiza-se em outras ELI's, preferencialmente em outras regiões do país.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aleixo, E. P. L. (2014). *Práticas de Intervenção Precoce centradas nos contextos naturais e o seu contributo para a promoção do desenvolvimento de uma criança*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial. Instituto Técnico de Coimbra. Escola Superior de Educação.
- Almeida, I. C. (2004). *Intervenção Precoce: Focada na Criança ou Centrada na Família e na Comunidade?* *Análise Psicológica*, XXII (1), pp. 65-72.
- Amado, J. (2014). *Manual de Investigação Qualitativa em Educação*. 2ª Edição. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Armstrong K.H. et al. (2014). *Early Childhood Development Theories*. Chapter 2. New York.
- Bonfim, C. J. & Veiga, S. M. (1996). *Serviços de Apoio Domiciliário. Condições de implementação, localização, instalação e funcionamento*. Direção-Geral da Ação Social. Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação. Lisboa.
- Bricker, D. (2001). *The natural environment: A useful construct?* *Infants and Young Children*, 13 (4), 21-31.
- Carvalho, et al. (2016). *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Profissionais*. 2ª Edição. Editora: Associação Nacional de Intervenção Precoce.
- Correia, L. M. & Serrano, A. M. (1994). *Impacto dos Programas de Intervenção Precoce na Criança e na Família*. *Revista Portuguesa de Educação*, pp. 85-93.
- Costa, V. L. S. (2012). *Intervenção Precoce: Estudo Exploratório sobre a Prática de uma Equipa Disciplinar*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em Domínio Cognitivo-Motor. Escola Superior de Educação João de Deus. Lisboa.
- Dunst, C. J. & Bruder, M. B. (2002). *Values outcomes of service coordination, early intervention and natural environments*. Council for Exceptional Children, vol. 68, n.º3, 361-375.
- Dunst, C.J., Trivette, C., Deal, A. (1988). *Enabling & Empowering Families. Principles and Guidelines for Practice*. Cambridge: Brookline Books, Inc.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M. & Jodry, W. (1997). *Influences of social support on children with disabilities and their families*. In M.J. Guralnick (Ed.) *The effectiveness of early intervention*, pp.499-522. Baltimore: Paul H. Brooks.

- KPMG cutting through complexity <sup>TM</sup>. (2014). *Early Childhood Intervention – An Overview of Best Practice*. Health & Human Services.
- McWilliam, P.J., Winton, P. J. & Crais, E. R. (2003). *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família*. Porto: Porto Editora, Lda.
- McWilliam, R. A. (Org.). (2012). *Trabalhar com Crianças com Necessidades Educativas Especiais*. Porto: Porto Editora.
- Pacheco, R. C. (2013). *Intervenção Precoce na Infância: Uma Abordagem ao Risco Ambiental na Região Autónoma dos Açores*. Dissertação de Mestrado Ciências da Educação: Necessidades Educativas Especiais – Domínio Intervenção Precoce na Infância. Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Pereira, A.P.S. (2009). *Práticas Centradas Na Família em Intervenção Precoce: Um Estudo Nacional sobre Práticas Profissionais*. Tese de Doutoramento em Estudos da Criança. Universidade do Minho.
- Pereira, A. P. S. & Serrano, A. M. (2010). *Intervenção Precoce em Portugal: Evidências e Consequências*. Inclusão Nº10, 101-120.
- Pereira, C. M. F. R. (2012). *O luto por perda de expectativa de afeto: O conhecimento dos profissionais de IPI*. Universidade de Aveiro. Departamento de Educação.
- Póvoa, T. M. S. S. (2012). *O papel do terapeuta da fala na equipa de Intervenção Precoce*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial. Universidade de Aveiro. Departamento de Educação.
- Santos, P. A. C. H. (2007). *Promovendo um processo de construção de uma cultura de Intervenção Precoce*. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação. Universidade de Aveiro. Departamento de Ciências da Educação.
- Saraiva, I. M. S. V. N. (2014). *Intervenção Precoce na Infância. Que rumo?* Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação: Educação Especial, Domínio Intervenção Precoce na Infância. Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Serrano, A. M. (2007). *Redes sociais de apoio e sua relevância para a intervenção precoce*. Porto: Porto Editora, Lda.
- Tegethof, M. I. S. C. A. (2007). *Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: Ideias dos Especialistas, dos Profissionais e das Famílias*. Volume I. Tese de Doutoramento. Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

# ANEXOS

---



## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I.....	1
Questionário para os profissionais da ELI do Centro de Saúde de Trancoso .....	1
ANEXO II .....	5
Questionário para as famílias integradas na ELI .....	5
ANEXO III.....	11
Respostas das famílias inquiridas a algumas perguntas ‘abertas’ do questionário.....	11
Tabela 1 – O modelo de IPI centrado na Família Baseado nas Rotinas, descrito pelas Famílias inquiridas.....	11
Tabela 2 - O modelo de IPI centrado na Família Baseado nas Rotinas, descrito pelos Profissionais inquiridos.....	12
Tabela 3 - Vantagens do novo modelo de IPI, descritas pelas Famílias inquiridas.....	13
Tabela 4 - Vantagens do novo modelo de IPI, descritas pelos Profissionais inquiridos .....	14
Tabela 5 - Desvantagens do novo modelo de IPI .....	16
Tabela 6 - Desvantagens do novo modelo de IPI .....	16
Tabela 7 - Caraterísticas dos profissionais de IPI.....	18
Tabela 8 - Caraterísticas dos profissionais de IPI.....	18
ANEXO IV.....	21
Gráficos de frequência de indicadores .....	21
Gráfico nº. 1 - Frequência da participação das famílias na avaliação da intervenção .....	21
Gráfico nº. 2 - Quem toma as decisões sobre a intervenção .....	21
Gráfico nº. 3 - Perceção dos pais à sua integração na ELI.....	22
Gráfico nº. 4 - Frequência das famílias que necessitaram de outro apoio, fora da ELI.....	22
Gráfico nº. 5 - Frequência da satisfação das famílias relativamente ao serviço de IPI da ELI .....	23
Gráfico nº. 6 - Reconhecimento das famílias relativamente à importância do modelo centrado na família.....	23
ANEXO V .....	25
Respostas das famílias inquiridas relativamente à sua importância na IPI .....	25
Tabela 9 - Opinião das famílias em relação à importância da sua utilidade na IPI.....	25



## ANEXO I

### Questionário para os profissionais da ELI do Centro de Saúde de Trancoso



### Consentimento Informado

#### Questionário “Modelo de Intervenção Precoce na Infância centrado na Família Baseado nas Rotinas”

Eu, Lara Simões, licenciada em Ciências da Educação pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra venho por este meio, solicitar a sua colaboração para o preenchimento do presente questionário para a realização da minha dissertação intitulada “A Intervenção Precoce na Infância – Desafios para os Profissionais” uma vez que, me encontro na concretização do Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo também pela Universidade de Coimbra, sendo este mestrado uma parceria entre a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação e a Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

O questionário tem como objetivo conhecer as opiniões da Equipa Local de Intervenção (ELI) de Trancoso em relação ao modelo de Intervenção Precoce na Infância (IPI) centrada na Família Baseado nas Rotinas. Com o preenchimento deste documento, ajudará a perceber até que ponto o modelo mencionado e as suas respetivas dinâmicas de intervenção são benéficos para o público-alvo.

O preenchimento não levará mais do que 15 minutos.

Agradeço desde já a sua disponibilização e informo que o preenchimento do questionário é voluntário e que toda a informação prestada é absolutamente confidencial.

Com os melhores cumprimentos.

**Lara Simões**

## Questionário referente à Equipa Local de Intervenção de Trancoso sobre a Intervenção Precoce na Infância centrado na Família Baseado nas Rotinas

Antes de responder leia atentamente as seguintes questões relativas ao modelo de Intervenção Precoce na Infância centrado na Família Baseado nas Rotinas.

### Informação Pessoal

1. Sexo: Feminino  Masculino
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Grau académico: \_\_\_\_\_
4. Qual é a sua área de especialização? \_\_\_\_\_
5. Possui formação em Intervenção Precoce a Infância (IPI)?  
Sim  Não  Qual? \_\_\_\_\_
6. Já tinha trabalhado nesta área?  
Sim  Não  Onde? \_\_\_\_\_
7. É mediador de caso?  
Sim  Não  Quantos casos? \_\_\_\_\_

### Modelo de IPI centrado na Família Baseado nas Rotinas

8. Na sua opinião, como descreveria o modelo atual de IPI centrado na Família Baseado nas Rotinas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

9. Quais as mudanças, em termos de intervenção, que o modelo obrigou?

---

---

---

---

---

10. Quais os benefícios que este modelo proporciona no incentivo ao desenvolvimento das crianças?

---

---

---

---

---

11. Quais os benefícios que as famílias tendem a referir?

---

---

---

---

---

12. Eventualmente, que desvantagens vê no novo modelo?

---

---

---

---

---

13. Na sua opinião, qual é o perfil que um profissional de IPI deve ter?

---

---

---

---

---

14. Gostaria de acrescentar alguma informação importante?

---

---

---

---

---

---

---

---

**Obrigada pela sua colaboração!**

## ANEXO II

### Questionário para as famílias integradas na ELI



### Consentimento Informado

#### Questionário “Modelo de Intervenção Precoce na Infância centrado na Família Baseado nas Rotinas”

Eu, Lara Simões, licenciada em Ciências da Educação pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra venho por este meio, pedir a sua colaboração para o preenchimento do presente questionário para a realização da minha dissertação intitulada “A Intervenção Precoce na Infância – Desafios para os Profissionais” uma vez que, me encontro na concretização do Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo também pela Universidade de Coimbra, sendo este mestrado uma parceria entre a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação e a Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

O questionário tem como objetivo perceber as expectativas das famílias relativamente ao programa de Intervenção Precoce na Infância (IPI) neste caso, centrado nas famílias baseado nas rotinas. Com o preenchimento deste documento, ajudará a perceber até que ponto os modelos teóricos atuais centrados nas famílias baseados nas rotinas e as suas respetivas dinâmicas de intervenção são benéficos para o público-alvo.

O preenchimento não levará mais do que 15 minutos.

Agradeço desde já a sua disponibilização e informo que o preenchimento do questionário é voluntário e que toda a informação prestada é absolutamente confidencial.

Com os melhores cumprimentos.

**Lara Simões**

## Questionário referente às Expetativas das Famílias relativamente ao Modelo de Intervenção Precoce na Infância centrado na Família Baseado nas Rotinas

Antes de responder leia atentamente as seguintes questões referentes às suas expetativas enquanto familiar integrado na Intervenção Precoce na Infância da Equipa Local de Intervenção (ELI) de Trancoso.

### Informação Pessoal

1. Quem preenche o questionário:  
Mãe  Pai  Ambos  Outro  Qual: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_
4. É uma família: Monoparental  Parental  Divórcio   
Outro  Qual: \_\_\_\_\_
5. Número de elementos: \_\_\_\_\_
6. Idade da criança: \_\_\_\_\_
7. Qual o motivo pelo qual se dirigiu ao serviço?
8. Foi sinalizado pela/o: Pré-Escolar  Hospital  ACES   
Outro  Qual: \_\_\_\_\_
9. Quem se dirigiu ao serviço?

Mãe  Pai  Filho/a

10. Quem tomou a iniciativa?

Mãe  Pai  Filho/a

11. Pertence a que Concelho?

Trancoso  Vila Nova de Foz Côa  Meda

### Expetativas da Família

12. Quais as características que, na sua opinião, um técnico de Intervenção Precoce na Infância deve ter?

13. Participa na avaliação do seu filho?

Sim  Não

14. Após a avaliação, quem deverá tomar as decisões sobre a forma como decorrerá a intervenção?

Os pais  O Profissional  Ambos

15. Os pais devem estar presentes quando são tomadas as decisões?

Sim  Não

16. Desta forma, os pais devem participar nas intervenções?

Sim  Não

16.1. Se respondeu **sim** uma vez que, considera importante a sua participação como pensa que poderia ser útil?

16.2. Se respondeu **não**, indique o porquê?

17. Em que local ou locais, tendo em conta a respetiva família, devem decorrer as intervenções?

18. Tendo em conta as dinâmicas de IPI, teve necessidade de outros apoios fora da equipa?

Sim  Não

18.1. Se respondeu **sim**, por favor mencione quais:

### **Modelo Centrado na Família Baseado nas Rotinas**

19. Indique o que entende por este modelo de Intervenção Precoce na Infância centrado na Família Baseado nas Rotinas.

20. Encontra-se satisfeito com o serviço de Intervenção Precoce na Infância prestado pelo Equipa Local de Intervenção (ELI) de Trancoso?

Sim  Não

21. Indique, no mínimo 3 vantagens que este modelo tem.

22. Eventualmente, indique no mínimo 3 desvantagens.

23. Reconhece a importância da intervenção/avaliação centrada na família baseada nas rotinas, e não apenas na criança?

Sim  Não

**Obrigada pela sua participação!**



### ANEXO III

#### Respostas das famílias inquiridas a algumas perguntas ‘abertas’ do questionário

Tabela 1 – O modelo de IPI centrado na Família Baseado nas Rotinas, descrito pelas Famílias inquiridas

<b>PERGUNTA 19.</b> Indique o que entende por este modelo de Intervenção Precoce na Infância centrado na Família Baseado nas Rotinas.		
<b>RESPOSTAS</b>	<b>F1</b>	Na minha opinião acho que este modelo ajuda muito a família a perceber como podemos ajudar os filhos em coisas simples do dia-a-dia, para que sejam corrigidas.
	<b>F2</b>	Acho que é bom, porque me ajudam como devo organizar as tarefas para que continue o trabalho dos técnicos.
	<b>F3</b>	Então... preocupam-se com os nossos filhos e connosco.
	<b>F4</b>	Penso que a família é que é a primeira a ter que ajudar a criança e a preocupar-se com os seus problemas, mas é muito importante haver esta equipa que nos apoia e nos orienta como fazer melhor para o bem da criança
	<b>F5</b>	Acho que as famílias devem ser muito informadas do que devem fazer com os filhos, para tudo correr bem.
	<b>F6</b>	A família dá ferramentas para ajudar a desenvolver a criança.
	<b>F7</b>	Ajudar as crianças a ultrapassar as suas dificuldades de acordo com o seu ambiente familiar e enquadrar esses procedimentos terapêuticos de acordo com as suas rotinas normais do dia-a-dia, envolvendo sempre a família.
	<b>F8</b>	Acho muito importante que os pais devem estar informados de tudo para que a criança possa desenvolver bem e ser bem ajudada.
	<b>F9</b>	Ajudar a família a cuidar dos filhos e no que precisa.
	<b>F10</b>	Penso que é importante porque informam e ajudam a orientar melhor a família para ajudar com a educação dos filhos

*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário às famílias, através do Programa MAXQDA.

**Tabela 2 - O modelo de IPI centrado na Família Baseado nas Rotinas, descrito pelos Profissionais inquiridos**

<b>PERGUNTA 8.</b> Na sua opinião, como descreveria o modelo atual de IPI centrado na Família Baseado nas Rotinas?		
<b>RESPOSTAS</b>	<b>P1</b>	A IP sendo um grupo com vários ministérios envolvidos, tem como modelo de trabalho a intervenção direta com a criança, modelo que se usava quando a IP foi criada. Hoje, após vários estudos e formações sabe-se que centrada na família traz mais ganhos para a criança, mas a mesma ainda não está a ser praticada por todos os técnicos, sendo que ainda não é possível fazer uma avaliação do novo método.
	<b>P2</b>	Sabendo que no passado recente o programa de IP era um conjunto de serviços destinados a crianças dos 0 aos 3 anos em que o paradigma fundamental era a criança. Atualmente, o desenvolvimento da criança é influenciado por variadíssimos fatores envolventes que vão estimular de forma adequada o seu desenvolvimento, estes fatores encontram-se nos contextos onde a criança está inserida, para que possa ter um desenvolvimento/aprendizagem saudável e harmoniosa de acordo com as suas necessidades e daí a família estar sempre implicada.
	<b>P3</b>	Modelo que, partindo das necessidades e objetivos manifestados pela família, intervém em conjunto com esta, através de mobilização de recursos e da capacitação da família e outros intervenientes.
	<b>P4</b>	Toda a família é unidade de intervenção para além da necessidade da criança tem impacto em toda a família; os profissionais trabalham em parceria com a família; as práticas de intervenção respondem às prioridades e objetivos da família.
	<b>P5</b>	O mais adequado para um bom resultado final. Sendo um modelo centrado na família, gera uma dinâmica de intervenção mais eficaz, onde todos os intervenientes trabalham para o mesmo fim, família/criança/equipa/comunidade/educação.
	<b>P6</b>	O modelo atual de IP centrado nas rotinas das famílias e das crianças aproxima a intervenção das necessidades reais da criança. O atual modelo de IP permite promover o desenvolvimento e reequilíbrio da criança de forma ecológica.
	<b>P7</b>	<b>SEM RESPOSTA<sup>12</sup></b>
	<b>P8</b>	Pela experiência que tenho, julgo ser este um modelo dinâmico onde é integrada toda a família em prol da criança.

<sup>12</sup> O inquirido não respondeu à pergunta.

<b>P9</b>	A abordagem assenta numa filosofia de atendimento em que o papel fundamental da família é reconhecido e rejeitado. As metas são definidas pela família apoiada pela equipa de Intervenção.
<b>P10</b>	É um modelo que se focaliza na criança centrado em todos os que a rodeiam: família, amigos, escola para se articularem com os técnicos de IP, no sentido de fazer intervenção na rotina diária da criança, dando resposta às suas necessidades específicas.
<b>P11</b>	É a conceção de que a vida da criança se desenrola no seio da família, numa dinâmica permanente, gerada a partir das características de todos os seus membros e das interações que estabelecem entre si e com os sistemas que os envolvem. É pois uma intervenção centrada, sempre que possível, nas atividades e rotinas diárias dos ambientes naturais onde a criança passa a maior parte do seu tempo de aprendizagens.
<b>P12</b>	Em meu entender é muito importante o envolvimento da família desde o início da abordagem, tendo em conta que a intervenção não se restringe “ao tempo da criança “com os técnicos e não se resume a um espaço institucional, mas contempla também o domicílio da família.
<b>P13</b>	Embora ainda seja apenas uma prática recomendada, é um modelo bastante mais estruturado que vai de encontro às necessidades/preocupações da família e não aquelas que o técnico de IP acha melhor. A família é o elemento principal e fundamental para otimizar o desenvolvimento da criança. O facto de haver um mediador de caso faz com que haja alguém com mais referência para a família criando assim uma maior proximidade.

*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário aos Profissionais, através do Programa MAXQDA.

**Tabela 3 - Vantagens do novo modelo de IPI, descritas pelas Famílias inquiridas**

<b>PERGUNTA 21. Indique, no mínimo 3 vantagens que este modelo tem.</b>	
<b>F1</b>	Informação, ajuda na família e na criança e facilidade de chegar às instituições necessárias.
<b>F2</b>	Orientação, apoio e participação ativa.
<b>F3</b>	Ouvem-nos sempre, preocupam-se com os nossos filhos e ajudam-nos e perguntam-nos sempre se temos preocupações.
<b>F4</b>	São profissionais simpáticos e ajudam a procurar outros profissionais.

<b>RESPOSTAS</b>	<b>F5</b>	Ajudar a família a ir aos serviços e sempre que precisamos atenderem-nos.
	<b>F6</b>	A família decide a intervenção e ajuda a criança e os pais que precisam.
	<b>F7</b>	Multidisciplinaridade dos técnicos, proximidade com as famílias e escolas e articulação entre a escola e os terapeutas.
	<b>F8</b>	Pessoas simpáticas, pessoas que ajudam e pessoas que nos informam.
	<b>F9</b>	Ajuda a família, ajuda as crianças e ficamos informados de muitas coisas.
	<b>F10</b>	Apoio, amizade e dinamismo.

*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário às famílias, através do Programa MAXQDA.

**Tabela 4 - Vantagens do novo modelo de IPI, descritas pelos Profissionais inquiridos**

<b>PERGUNTA 10. Quais os benefícios que este modelo proporciona no incentivo ao desenvolvimento das crianças?</b>		
<b>P1</b>		A IP sendo um grupo com vários ministérios envolvidos, tem como modelo de trabalho a intervenção direta com a criança, modelo que se usava quando a IP foi criada. Hoje, após vários estudos e formações sabe-se que centrada na família traz mais ganhos para a criança, mas a mesma ainda não está a ser praticada por todos os técnicos, sendo que ainda não é possível fazer uma avaliação do novo método.
<b>P2</b>		Sabendo que no passado recente o programa de IP era um conjunto de serviços destinados a crianças dos 0 aos 3 anos em que o paradigma fundamental era a criança. Atualmente, o desenvolvimento da criança é influenciado por variadíssimos fatores envolventes que vão estimular de forma adequada o seu desenvolvimento, estes fatores encontram-se nos contextos onde a criança está inserida, para que possa ter um desenvolvimento/aprendizagem saudável e harmoniosa de acordo com as suas necessidades e daí a família estar sempre implicada.
<b>P3</b>		Modelo que, partindo das necessidades e objetivos manifestados pela família, intervém em conjunto com esta, através de mobilização de recursos e da capacitação da família e outros intervenientes.
		Toda a família é unidade de intervenção para além da necessidade da

<b>RESPOSTAS</b>	<b>P4</b>	criança tem impacto em toda a família; os profissionais trabalham em parceria com a família; as práticas de intervenção respondem às prioridades e objetivos da família.
	<b>P5</b>	O mais adequado para um bom resultado final. Sendo um modelo centrado na família, gera uma dinâmica de intervenção mais eficaz, onde todos os intervenientes trabalham para o mesmo fim, família/criança/equipa/comunidade/educação.
	<b>P6</b>	O modelo atual de IP centrado nas rotinas das famílias e das crianças aproxima a intervenção das necessidades reais da criança. O atual modelo de IP permite promover o desenvolvimento e reequilíbrio da criança de forma ecológica.
	<b>P7</b>	<b>SEM RESPOSTA</b>
	<b>P8</b>	Pela experiência que tenho, julgo ser este um modelo dinâmico onde é integrada toda a família em prol da criança.
	<b>P9</b>	A abordagem assenta numa filosofia de atendimento em que o papel fundamental da família é reconhecido e rejeitado. As metas são definidas pela família apoiada pela equipa de Intervenção.
	<b>P10</b>	É um modelo que se focaliza na criança centrado em todos os que a rodeiam: família, amigos, escola para se articularem com os técnicos de IP, no sentido de fazer intervenção na rotina diária da criança, dando resposta às suas necessidades específicas.
	<b>P11</b>	É a conceção de que a vida da criança se desenrola no seio da família, numa dinâmica permanente, gerada a partir das características de todos os seus membros e das interações que estabelecem entre si e com os sistemas que os envolvem. É pois uma intervenção centrada, sempre que possível, nas atividades e rotinas diárias dos ambientes naturais onde a criança passa a maior parte do seu tempo de aprendizagens.
	<b>P12</b>	Em meu entender é muito importante o envolvimento da família desde o início da abordagem, tendo em conta que a intervenção não se restringe “ao tempo da criança “com os técnicos e não se resume a um espaço institucional, mas contempla também o domicílio da família.
	<b>P13</b>	Embora ainda seja apenas uma prática recomendada, é um modelo bastante mais estruturado que vai de encontro às necessidades/preocupações da família e não aquelas que o técnico de IP acha melhor. A família é o elemento principal e fundamental para otimizar o desenvolvimento da criança. O facto de haver um mediador de caso faz com que haja alguém com mais referência para a família criando assim uma maior proximidade.

**Fonte:** Dados obtidos pela aplicação do questionário aos profissionais, através do Programa MAXQDA.

**Tabela 5 - Desvantagens do novo modelo de IPI**

<b>PERGUNTA 22.</b> Eventualmente, indique no mínimo 3 desvantagens.		
<b>RESPOSTAS</b>	<b>F1</b>	Demora, nem sempre é possível e pouco tempo.
	<b>F2</b>	Demora nas respostas dos técnicos, pedir horas ao patrão e deslocações ao hospital.
	<b>F3</b>	SEM RESPOSTA
	<b>F4</b>	Acho que nalgumas coisas é pouco tempo.
	<b>F5</b>	Acho que não têm muito tempo para o que é necessário.
	<b>F6</b>	SEM RESPOSTA
	<b>F7</b>	SEM RESPOSTA
	<b>F8</b>	Por vezes há pouco tempo para resolver as coisas.
	<b>F9</b>	SEM RESPOSTA
	<b>F10</b>	Demora das ajudas.

*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário às famílias, através do Programa MAXQDA

**Tabela 6 - Desvantagens do novo modelo de IPI**

<b>PERGUNTA 12.</b> Eventualmente, que desvantagens vê no novo modelo?		
	<b>P1</b>	Menos tempo de contacto com a criança para avaliar as evoluções, o mediador de caso que trabalha todas as áreas (pela equipa) não tem todas as competências para trabalhar as diferentes áreas: motora, linguagem, pedagógica, sensorial, etc.
	<b>P2</b>	A única desvantagem que aponto neste modelo é que a equipas nem todos os elementos estão bem informados e com formação adequada para o modelo implementado ser bem-sucedido.
	<b>P3</b>	Dificuldade em colocar no terreno um modelo teórico para o qual não existem recursos suficientes; para o qual os intervenientes dos contextos demonstram, por vezes, desconhecimento ou resistência; que exige disponibilidade e motivação /adesão dos diversos profissionais.

<b>RESPOSTAS</b>	<b>P4</b>	A principal desvantagem é as equipas serem constituídas com elementos (técnicos) sem formação em Intervenção Precoce baseada neste modelo. Outra desvantagem é a falta de recursos quer materiais que humanos.
	<b>P5</b>	Haver elementos (técnicos) nas equipas sem formação acerca deste modelo. Pouca disponibilidade de alguns técnicos.
	<b>P6</b>	Para já não verifico desvantagens nem ao nível da conceptualização nem ao nível da prática relativamente ao atual modelo de IP.
	<b>P7</b>	Necessidade de maior disponibilidade/afetação de tempo dos técnicos.
	<b>P8</b>	Se os pais não estiverem motivados/interessados no desenvolvimento dos filhos, isto é, famílias fechadas, limitam muito a intervenção e o desenvolvimento fica comprometido. Os pais se assim quiserem podem recusar ajuda.
	<b>P9</b>	Nenhuma.
	<b>P10</b>	Só a falta de tempo dos técnicos para se envolverem mais no processo.
	<b>P11</b>	A inexistência na comunidade de alguns recursos/serviços necessários à intervenção, ou seja, uma rede integrada de serviços (terapia da fala e ocupacional) adequada às necessidades da equipa como a ELI.
	<b>P12</b>	<b>SEM RESPOSTA</b>
	<b>P13</b>	No que diz respeito às terapias oferecidas pelos protocolos a diminuição do tempo de apoio direto. No que diz respeito à fisioterapia, os técnicos que estão nos contextos naturais apresentam muitos receios e por vezes recusam realizar as estratégias que lhe são passadas. Penso que de todas as de IP a fisioterapia é a área que se encontra mais penalizada por este novo modelo, onde existe, portanto, mais dificuldade na capacitação e no modelo transdisciplinar.

**Fonte:** Dados obtidos pela aplicação do questionário aos profissionais, através do Programa MAXQDA.

**Tabela 7 - Características dos profissionais de IPI**

<b>PERGUNTA 12.</b> Quais as características que, na sua opinião, um técnico de Intervenção Precoce na Infância deve ter?		
<b>RESPOSTAS</b>	<b>F1</b>	Informar, ajudar, simpatia e poder em resolver os problemas.
	<b>F2</b>	Deve sempre orientar a mãe ou família para que a criança tenha um bom desenvolvimento.
	<b>F3</b>	Boa profissional.
	<b>F4</b>	Deve ser simpático, ter bom atendimento e saber orientar as pessoas.
	<b>F5</b>	Quanto a mim deve informar muito bem as famílias e indicar tudo o que pode ser feito, para bem do filho.
	<b>F6</b>	Deve ser simpática, boa no trabalho que desenvolve e ajudar sempre que a criança precisa.
	<b>F7</b>	Atento, acessível e competente.
	<b>F8</b>	Deve ser simpático, deve saber ouvir bem as pessoas e deve ajudar.
	<b>F9</b>	Ser simpática, boa no trabalho e ajudar sempre que é preciso.
	<b>F10</b>	Simpáticos e dar informação.

*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário às famílias, através do Programa MAXQDA

**Tabela 8 - Características dos profissionais de IPI**

<b>PERGUNTA 13.</b> Na sua opinião, qual é o perfil que um profissional de IPI deve ter?		
	<b>P1</b>	Dinâmico, alegre, capacidade de integração no meio pedagógico, disponibilidade para novas aprendizagens e enriquecer o seu curriculum.
	<b>P2</b>	Qualidade Técnica: formação, experiência, competências... Práticas relacionais: escuta ativa, empatia, compreensão... Práticas participativas: flexibilidade, colaboração, responsabilidade...
	<b>P3</b>	Facilidade na comunicação, motivação, capacidade de adaptação e diferentes contextos, capacidade para trabalhar em equipa, facilidade de análise e trabalho com grupos, compreensão das rotinas e necessidades dos cotextos. Orientação para a participação ocupacional

<b>RESPOSTAS</b>		e não para a reabilitação.
	<b>P4</b>	Qualidade técnica: formação, experiência, competências Práticas relacionais: escuta ativa, empatia, compreensão... Práticas participativas: flexibilidade, colaboração...
	<b>P5</b>	Qualidade técnica: formação nesta área, experiência, competências... Práticas relacionais: escuta ativa, empatia, honestidade, compreensão, interesse, crenças na competência das famílias... Práticas participativas: responsabilidade, flexibilidade, envolvimento, colaboração, partilhar informação...
	<b>P6</b>	Ser capaz de trabalhar em equipa; Entender o bem maior da criança como prioridade da intervenção; Competências e conhecimentos na área da abordagem das famílias e do desenvolvimento da criança.
	<b>P7</b>	Conhecimento/gosto para trabalhar nesta área; Entendimento do que é trabalhar em equipa Empático para facilitar o trabalho com a família.
	<b>P8</b>	Deve ser disponível, bom ouvinte e ter empatia com a família com quem vai trabalhar em prol da criança.
	<b>P9</b>	Ter ética da relação onde envolve outros e constrói parcerias. Deve estar em constante desenvolvimento das suas próprias capacidades para desta forma prestar serviços de qualidade tendo por base as práticas recomendadas e baseadas na evidência.
	<b>P10</b>	Estar atentos, ter humildade para adquirir novas competências, ter capacidade de simplificar o discurso junto das famílias, ter capacidade delegar quando necessário. Ser persistente, porque há nestes processos muitos avanços, mas também muitos recuos.
	<b>P11</b>	Capacidade de comunicação que lhe permite estabelecer uma intervenção positiva com a família; Aceitar e respeitar as opiniões e valores da família; Respeitar o direito das famílias à privacidade; Honrar a confidencialidade da informação; Saber estabelecer uma relação de confiança com a família.
	<b>P12</b>	Formação específica, capacidade de desenvolver empatia com as famílias.
	<b>P13</b>	Deve ser uma pessoa dedicada e tranquila. Ter, portanto, uma boa conduta ético-profissional. Ouvir mais e falar menos.

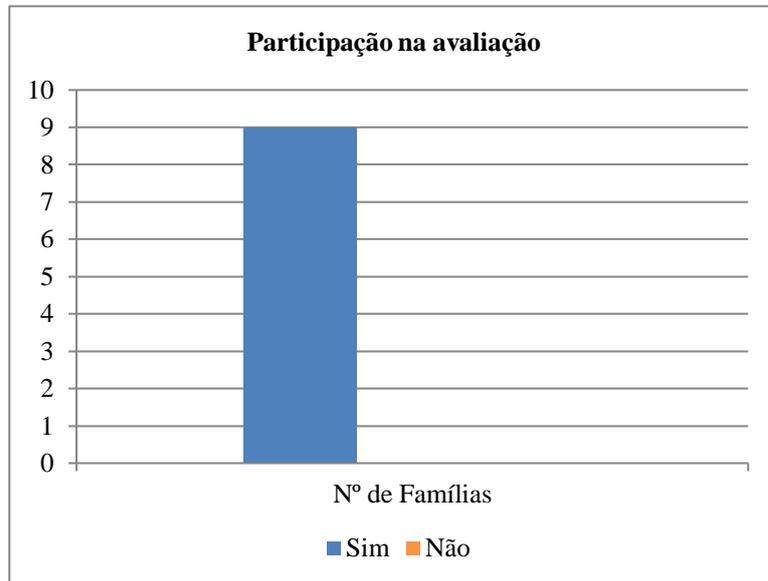
**Fonte:** Dados obtidos pela aplicação do questionário aos profissionais, através do Programa MAXQDA.



## ANEXO IV

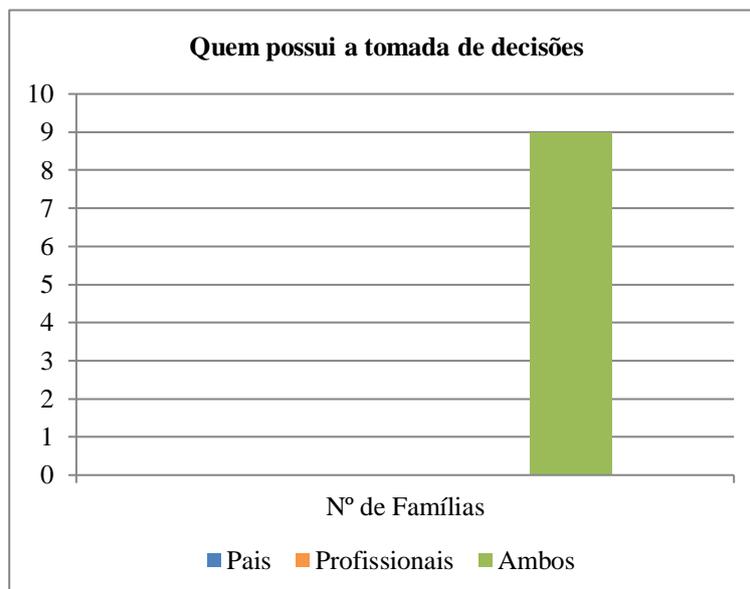
### Gráficos de frequência de indicadores

**Gráfico nº. 1 - Frequência da participação das famílias na avaliação da intervenção**



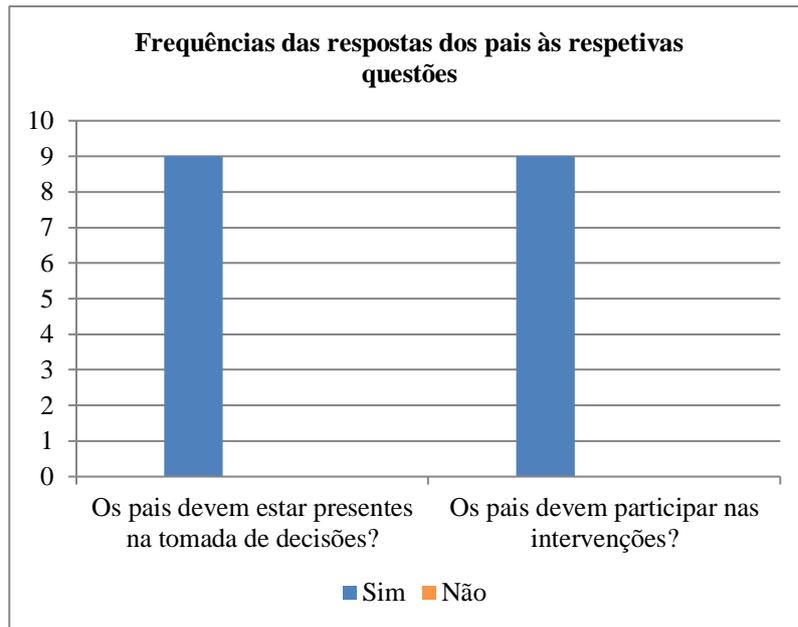
*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário às famílias

**Gráfico nº. 2 - Quem toma as decisões sobre a intervenção**



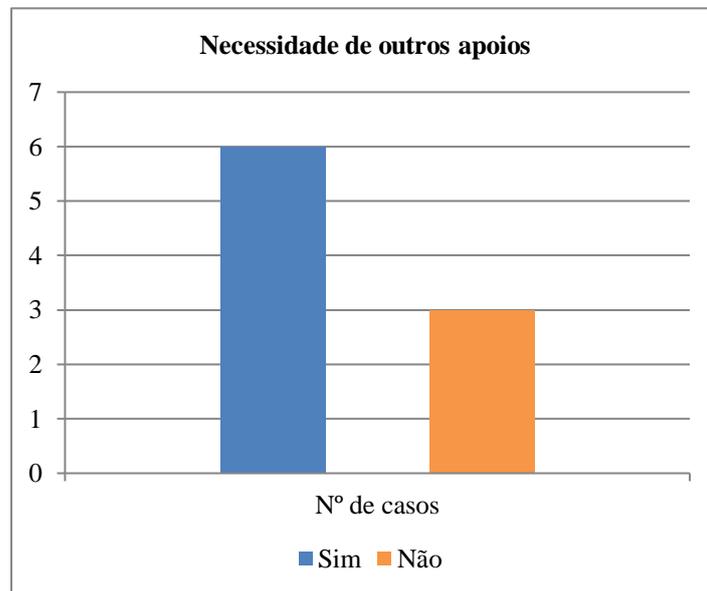
*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário às famílias

**Gráfico n.º 3 - Perceção dos pais à sua integração na ELI**



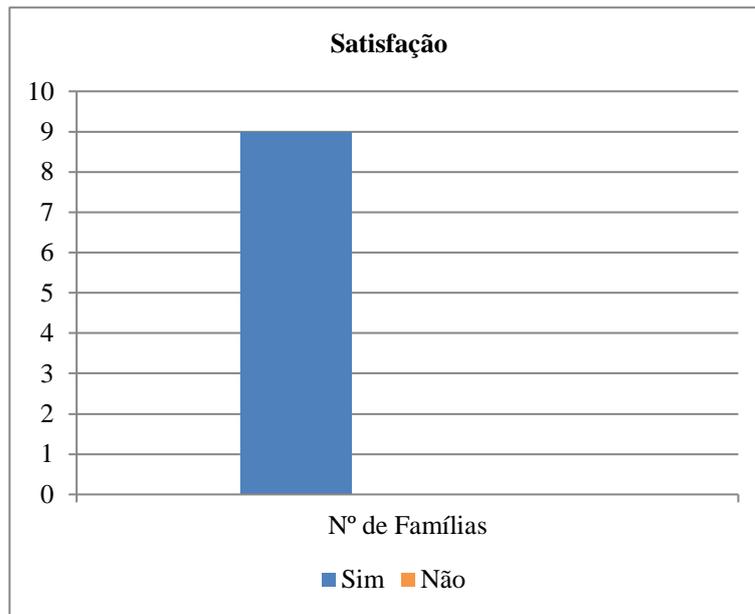
*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário às famílias

**Gráfico n.º 4 - Frequência das famílias que necessitaram de outro apoio, fora da ELI**



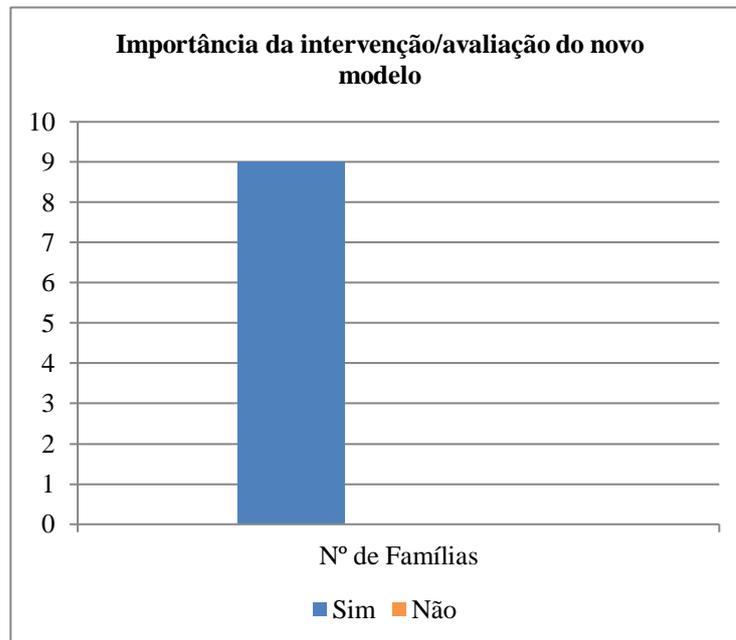
*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário às famílias

**Gráfico nº. 5 - Frequência da satisfação das famílias relativamente ao serviço de IPI da ELI**



*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário às famílias

**Gráfico nº. 6 - Reconhecimento das famílias relativamente à importância do modelo centrado na família**



*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário às famílias



## ANEXO V

### Respostas das famílias inquiridas relativamente à sua importância na IPI

Tabela 9 - Opinião das famílias em relação à importância da sua utilidade na IPI

<b>PERGUNTA 16.1.</b> Se respondeu sim uma vez que, considera importante a sua participação como pensa que poderia ser útil?		
<b>RESPOSTAS</b>	<b>F1</b>	Penso que é uma maneira de ficar a saber como podemos aprender a ajudar os nossos filhos.
	<b>F2</b>	Facilitando o caminho para que todos os técnicos possam atuar da melhor maneira e desenvolverem o seu trabalho.
	<b>F3</b>	A sua opinião e preocupações.
	<b>F4</b>	Penso que posso ajudar porque sou eu que cuido dele e me preocupo muito. Só quero que me digam como posso fazer para ajudar ainda mais.
	<b>F5</b>	Para dar a minha opinião.
	<b>F6</b>	Ser útil em casa, porque a criança acaba por passar mais tempo na escola e então em casa devemos fazer também o que ele está a desenvolver na escola.
	<b>F7</b>	Ajudando na fase de diagnóstico e na implementação das medidas a tomar.
	<b>F8</b>	Sou útil porque posso ajudar, porque são os pais que conhecem melhor os filhos.
	<b>F9</b>	Também para aprender a fazer as coisas.
	<b>F10</b>	Porque são os pais que melhor conhecem os filhos para dar as informações necessárias.

*Fonte:* Dados obtidos pela aplicação do questionário às famílias, através do Programa MAXQDA.