

Práticas Típicas e Ideais em Intervenção Precoce: O ponto de vista dos profissionais das Equipas Locais de Intervenção do distrito do Porto

Bárbara Isabel Lopes Gonçalves

M

2018



PRÁTICAS TÍPICAS E IDEAIS EM INTERVENÇÃO PRECOCE
O PONTO DE VISTA DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPAS LOCAIS DE
INTERVENÇÃO DO DISTRITO DO PORTO

Bárbara Isabel Lopes Gonçalves

junho, 2018

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia, área de Intervenção Psicológica, Educação e Desenvolvimento Humano, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora **Isabel Macedo Pinto** (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

À Professora Isabel Macedo Pinto por ser a grande responsável pela concretização deste projeto. Por ter acreditado em mim quando eu já não acreditava e por ser sempre a voz meiga e assertiva que me guiou neste caminho nem sempre fácil. Por ter sido trampolim para os meus sonhos e por nunca me ter deixado cair. Pelos conselhos e críticas construtivas que me fizeram crescer. Obrigada por tudo!

À Professora Catarina Grande pelo tempo disponibilizado e por ter sido um grande apoio. Pelos conselhos e pela presença constante em todo o meu percurso.

Às Equipas Locais de Intervenção do distrito do Porto e a todos os profissionais que delas fazem parte por generosamente me terem ajudado neste projeto e pelo tempo despendido para as reflexões que este trabalho exigia.

Às melhores pessoas que a faculdade me deu e que levo comigo para sempre. Às minhas afilhadas que se tornaram amigas!

À minha U.DREAM pelo abraço apertado a cada chegada, por me lembrar que a vida é mais bonita quando sonhamos.

Uma eterna gratidão à minha Mãe, a minha pessoa preferida no mundo, o meu maior amor e a minha grande fonte de inspiração dia sim, dia sim. O meu colo preferido, os braços sempre à minha espera, o meu melhor sorriso – a melhor mãe do mundo!

À minha família por me terem permitido crescer rodeada de amor, por serem sinónimo de dias felizes, preenchidos do que realmente importa.

Aos meus Amigos de sempre por fazerem incondicionalmente parte de todos os trilhos. Pelas palavras de força, pelo trevo da sorte, por serem porto seguro para as inseguranças e essencialmente por serem responsáveis pelas minhas gargalhadas preferidas.

Ao meu João. A uma das melhores coisas que a faculdade me trouxe, ao sinónimo de felicidade constante, de amor companheiro, de sonhos conjuntos. Obrigada pelo construir da vida ao teu lado.

Resumo

As Práticas de qualidade em Intervenção Precoce são definidas por parâmetros que guiam os profissionais no seu trabalho diário. Todos os profissionais que trabalham nas Equipas Locais de Intervenção (ELI) dispõem do guia “Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância – Um Guia para Profissionais”, no qual são referidas as práticas recomendadas internacionalmente, nomeadamente: intervenção centrada na família, intervenção centrada no contexto e nas rotinas e o trabalho transdisciplinar. Com vista a conhecer melhor o trabalho desenvolvido pelas ELI, importa conhecer a ideia dos profissionais, segundo a sua perceção, sobre as práticas que implementam e as suas ideias sobre o que são práticas de qualidade.

Este projeto de investigação pretende estudar as ideias sobre práticas típicas e ideais dos profissionais das ELI do distrito do Porto. Para além disso, pretende-se compreender, do ponto de vista dos profissionais, quais os fatores que justificam a discrepância entre práticas e ainda identificar estratégias e sugestões de melhoria para aproximar a prática típica da ideal, situando os obstáculos e sugestões no Modelo Ecológico de Bronfenbrenner. Para dar resposta aos objetivos do estudo foi usada a escala traduzida e adaptada FINESSE II (Escala de Avaliação de Serviços dirigidos a Famílias em Contextos Naturais). Participaram no estudo 11 Equipas Locais de Intervenção do distrito do Porto, com um total de 82 participantes.

Os resultados quantitativos do estudo revelaram que as práticas ideais obtêm valores médios superiores às práticas típicas em todas as ELI e em todos os itens da escala. Para além disso, a avaliação feita pelos profissionais às suas práticas típicas apresenta valores elevados, aproximando-se assim das práticas recomendadas. As práticas ideais tendem a apresentar os valores mais elevados da escala, revelando que os profissionais concordam com o conceito de prática ideal veiculado na escala. Foram ainda encontradas diferenças significativas na prática típica e ideal quando comparados grupos com diferentes anos de experiência em IP. Existem ainda diferenças significativas na prática considerada ideal por profissionais da Saúde e da Educação.

Os resultados qualitativos do estudo revelaram que tanto os fatores que, do ponto de vista dos profissionais, justificam as discrepâncias entre práticas, como as sugestões dadas para a aproximação das mesmas se encontram maioritariamente ao nível do microsistema, estando por isso ao alcance das ELI a resolução destes problemas para implementarem a prática que consideram como a ideal.

Abstract

Quality actions in Early Intervention are defined by parameters that guide practitioners in their daily work. All professionals who work in an ELI (Local Intervention Team) have a guide "Recommended Practices in Early Childhood Intervention - A Guide for Professionals", which outlines the internationally recommended practices, namely: family-centered intervention, intervention focused on context and routines and work transdisciplinary. In order to know better the work developed by the ELI, it is important to know the professionals idea, according to their perception, about the practices they implement and their ideas about what are quality practices.

This research project intends to study the ideas about Typical and Ideal Practices of the ELIs professionals in Porto district. In addition, it intends to understand from the professionals point of view, the factors that justify the discrepancy between practices and to identify strategies and suggestions for improvement to approximate typical practice to the ideal, placing obstacles and suggestions in the Brofenbrenner Ecological Model. In order to respond to the objectives of the study, the translated and adapted scale FINESSE II (Scale for Evaluation of Services for Families in Natural Contexts) was used. Eleven Local Participation Teams participated in the study, with a total of 82 participants.

The quantitative results of the study demonstrated that the Ideal Practices obtain average values superior to the Typical Practices in all ELI and in all items of the scale. In addition, the evaluation made by professionals to their Typical Practices presents high values, thus approaching recommended practices. The Ideal Practices tend to present the highest values of the scale, revealing that the professionals agree with the concept of ideal practice conveyed in the scale. Significant differences were also found in the Typical and Ideal Practice when comparing groups with different years of Early Intervention experience. There are still significant differences in the Practice considered ideal by Health and Education professionals.

The qualitative results of the study revealed that both the factors that, from the professionals' point of view, justify the differences between practices and the suggestions given to approximate them are mostly at the level of the microsystem, being within reach of the ELI the resolution to implement the practice they consider to be ideal.

Résumé

Les pratiques de qualité en intervention précoce sont définies par des paramètres qui guident les praticiens dans leur travail quotidien. Tous les praticiens travaillant sur les Équipes d'Intervention Locale (EIL) ont le guide « Pratiques recommandées en intervention auprès des jeunes enfants - Guide pour les professionnels », qui décrit les pratiques recommandées à l'échelle internationale, à savoir : interventions centrées sur la famille, sur le contexte et sur les routines et le travail transdisciplinaire. Afin de mieux connaître le travail développé par les EIL, il est important de connaître l'idée des professionnels, selon leur perception, sur les pratiques qu'ils mettent en œuvre et leurs idées sur la nature des pratiques de qualité.

Ce projet de recherche vise à étudier les idées sur les pratiques typiques et idéales des professionnels de l'EIL du district de Porto. En outre, il s'agit de comprendre, du point de vue des professionnels, les facteurs qui justifient la discordance entre les pratiques et d'identifier les stratégies et suggestions d'amélioration pour approcher la pratique typique de l'idéal, en plaçant les obstacles et les suggestions dans le modèle écologique de Bronfenbrenner. Afin de répondre aux objectifs de l'étude, nous avons utilisé l'échelle traduite et adaptée FINESSE II (Échelle d'Évaluation des Services aux Familles dans les Contextes Naturels). Onze équipes d'intervention locale ont participé à l'étude, avec un total de quatre-vingt-deux participants.

Les résultats quantitatifs de l'étude ont révélé que les Pratiques Idéales obtiennent des valeurs moyennes supérieures aux Pratiques Typiques dans tous les EIL et dans toutes les catégories de l'échelle. En outre, l'évaluation faite par les professionnels de leurs Pratiques Typiques présente des valeurs élevées approchant ainsi celles des pratiques recommandées. Les Pratiques Idéales tendent à présenter les valeurs les plus élevées de l'échelle, révélant que les professionnels sont d'accord avec le concept de pratiques idéales véhiculé dans l'échelle. Des différences significatives ont également été remarquées dans les Pratiques Typiques et Idéales lors de la comparaison de groupes avec différentes années d'expérience IP. Il y a encore des différences significatives dans la pratique considérée comme idéale par les professionnels de la santé et de l'éducation.

Les résultats qualitatifs de l'étude ont révélé que les facteurs qui, du point de vue des professionnels, justifient les écarts entre les pratiques ainsi que les suggestions données pour les approximer sont principalement au niveau du microsystème. De ce

fait, résoudre ces problèmes et mettre en œuvre ces pratiques qu'ils considèrent comme idéals sont à la portée des EIL.

Índice

| | | |
|--------|--|----|
| I. | Enquadramento Concetual | 1 |
| 1. | Intervenção Precoce..... | 1 |
| 1.1. | A evolução dos Modelos em Intervenção Precoce..... | 2 |
| 1.2. | Intervenção Precoce em Portugal | 3 |
| 2. | Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce | 7 |
| 2.1. | Práticas Centradas na Família | 7 |
| 2.2. | Intervenção nos Contextos Naturais da Criança e Inserida nas Rotinas | 9 |
| 2.3. | Transdisciplinaridade | 10 |
| 3. | Ciclo de Intervenção de Simeonsson..... | 11 |
| II. | Estudo Empírico | 14 |
| 1. | Introdução e Objetivos do Estudo | 14 |
| 2. | Método..... | 16 |
| 2.1. | Participantes | 16 |
| 2.2. | Medidas | 17 |
| 2.3. | Procedimentos | 18 |
| 2.3.1. | Estudo Piloto..... | 18 |
| 2.3.2. | Recolha de Dados | 19 |
| 2.3.3. | Análise de Dados | 20 |
| 3. | Resultados..... | 20 |
| 3.1. | Análise Quantitativa | 20 |
| 3.2. | Análise Qualitativa..... | 27 |
| 3.2.1. | Descrição Escrita dos Programas (brochuras, flyers, etc.)..... | 28 |
| 3.2.2. | Referenciação | 29 |
| 3.2.3. | Primeiros Contactos..... | 31 |
| 3.2.4. | Avaliação em Intervenção Precoce na Infância..... | 32 |

| | | |
|--------|--|----|
| 3.2.5. | Desenvolvimento do PIIP | 35 |
| 3.2.6. | Implementação e monitorização | 36 |
| 3.2.7. | Avaliação dos Resultados e da Satisfação | 39 |
| 4. | Reflexões Finais | 41 |
| 5. | Limitações do Estudo | 49 |
| | Referências Bibliográficas..... | 50 |
| | ANEXOS | 53 |

Índice de Anexos

Anexo A. Ficha de Caracterização dos Profissionais

Anexo B. FINESSE II – Escala de Avaliação de Serviços dirigidos a Famílias em Contextos Naturais

Anexo C. Folha de respostas

Anexo D. Autorização da ANIP para a utilização da escala FINESSE II

Anexo E. Autorização do SNIPI para a realização do estudo

Índice de Figuras

Figura 1. Estrutura do SNIPI

Figura 2. Impacto no desenvolvimento da criança

Figura 3. Fases do Ciclo de Simeosson e Itens da Escala FINESSE II

Figura 4. Modelo ecológico com mapeamento dos fatores implicados nas discrepâncias entre práticas típicas e ideais

Figura 5. Modelo ecológico de organização de variáveis das sugestões de melhoria dos profissionais para aproximar práticas

Índice de Quadros

Quadro 1. Síntese da Evolução da IP

Índice de Tabelas

Tabela 1. Categorias Profissionais dos Participantes

Tabela 2. Resultados descritivos por Item

Tabela 3. Prática típica e ideal por ELI para a escala global

Tabela 4. Percentagem de profissionais que considera a prática ideal “6 e 7”

Tabela 5. Diferença de valores médios entre prática ideal e típica

Tabela 6. Práticas típicas e ideais por tempo de experiência em IP dos profissionais

Tabela 7. Práticas típicas e ideais por área profissional dos técnicos

Abreviaturas

| | |
|-------------|---|
| ELI | Equipas Locais de Intervenção |
| IP | Intervenção Precoce |
| IPI | Intervenção Precoce na Infância |
| NEE | Necessidades Educativas Especiais |
| NST | Núcleo de Supervisão Técnica |
| PIIP | Plano Individual de Intervenção Precoce |
| SNIP | Sistema Nacional de Intervenção Precoce |

I. Enquadramento Concetual

1. Intervenção Precoce

O termo Intervenção Precoce é usado para descrever um “conjunto de medidas de apoio integrado dirigido à criança e família, incluindo ações, de natureza preventiva e reabilitativa, no campo da educação, da saúde e da ação social.”, dirigidas a “ famílias de crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento.” (Direção Geral de Saúde). O facto destas intervenções serem feitas em idade precoce apresenta-se como uma das características fundamentais da Intervenção Precoce, uma vez que contributos vindos da Neurociência nos dizem que experiências que ocorram durante o período crítico (período dos 0 aos 3 anos) têm um grande impacto em termos desenvolvimentais, uma vez que é nesta fase que poderá haver alteração a nível da estrutura e funções do cérebro (Nelson, 2000 citado por ANIP, 2016). O que se pretende é que estes problemas, quer com origem biológica ou ambiental, possam desaparecer ou que diminuam significativamente (Guralnick, 2005).

A Intervenção Precoce apresenta alguns critérios de elegibilidade que definem que crianças e famílias poderão ser alvo deste apoio. Assim, o Decreto-Lei 281/09 define que serão elegíveis crianças dos 0 aos 6 anos de idade que apresentem “alterações nas funções ou estruturas do corpo” ou “risco grave de atraso de desenvolvimento” devido a causas quer biológicas, quer ambientais. No que diz respeito ao risco de atraso de desenvolvimento, deverão ser encontrados quatro critérios (biológicos e/ou ambientais), para que a criança e família sejam elegíveis pelo SNIPI.

Analisando as questões que se prendem com o risco grave de um atraso de desenvolvimento, podemos encontrar fatores biológicos ou ambientais que poderão ter influência na atividade e participação das crianças envolvidas. Os riscos de origem ambiental que poderão ser precursores de um atraso de desenvolvimento, subdividem-se em fatores de origem parental ou contextual.

1.1.A evolução dos Modelos em Intervenção Precoce

A Intervenção Precoce foi evoluindo ao longo dos anos a nível da forma como perceciona o desenvolvimento humano. Assim, numa primeira fase a pessoa existe independente do contexto a que pertence, numa perspetiva inata do desenvolvimento. Nesta fase impera o modelo médico que limita a incapacidade da criança a fatores de ordem individual e em que o tratamento era feito com base apenas no diagnóstico (Pinto, 2006). Mais tarde, surge a ideologia que considera a pessoa juntamente com o seu meio, no entanto estes são elementos separados que apenas interagem entre si. A perspetiva holística do desenvolvimento humano surge com o reconhecimento de uma unicidade entre a pessoa e o seu meio, numa perspetiva que estas entidades se influenciam reciprocamente (Pinto, 2006).

Numa perspetiva transaccional e contextual sistémica surgem dois modelos teóricos que fundamentam o modelo e as práticas em Intervenção Precoce - o Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner e Modelo Transaccional de Sameroff..

O modelo Bioecológico de Bronfenbrenner define que o desenvolvimento humano ocorre em contexto numa influência bidireccional entre o contexto e o indivíduo. (Bronfenbrenner, 1999 citado por Bhering e Sarkis, 2009).

Neste processo existem quatro componentes fulcrais: Processo, Pessoa, Contexto, Tempo (modelo P-P-C-T). No Processo são consideradas as interações que o indivíduo estabelece com cada um dos contextos através de “processos proximais” que representam “formas particulares de interação entre organismo e ambiente, que operam ao longo do tempo e compreendem os primeiros mecanismos que produzem o desenvolvimento humano” (Bronfenbrenner & Morris, 1998, p. 994 citado por Martins e Szymanski, 2004). No que respeita à Pessoa são tidas em consideração as suas características que influenciam o seu desenvolvimento. Ao nível do contexto Bronfenbrenner considera que a pessoa se desenvolve através de um conjunto de estruturas concêntricas, relacionadas e gradualmente mais abrangentes: o microsistema, o mesossistema, o exossistema e o macrosistema (Bronfenbrenner, 1995 citado por Bhering e Sarkis, 2009). Assim, o microsistema refere-se ao contexto em que a pessoa vive, com os quais contacta diretamente como é o exemplo da família alargada ou a escola; o mesossistema inclui as relações existentes entre microsistemas, o que se poderá traduzir na relação dos pais com a escola, por exemplo; ao nível do exossistema este refere-se “à relação e processos que ocorrem entre dois ou mais ambientes, sendo

que em um deles, pelo menos, a pessoa em desenvolvimento não está inserida. Apesar disso, os eventos que nele ocorrem afetam indiretamente os processos no ambiente imediato no qual a pessoa vive” (Bronfenbrenner, 1993, citado por Bhering e Sarkis, 2009). Por último, o macrossistema diz respeito ao contexto mais alargado onde podemos integrar o contexto cultural, o sistema político e económico que influenciam a família. (Bhering e Sarkis, 2009). Importa ainda referir a componente tempo, onde o desenvolvimento é influenciado mediante a época histórica em que acontece. (Bronfenbrenner & Morris, 1998 citado por Martins e Szymanski, 2004).

Também o Modelo Transacional de Sameroff trouxe contributos importantes para a Intervenção Precoce. Este modelo considera que o desenvolvimento da criança é o resultado das transações que se estabelecem entre a própria criança (fenótipo), o meio (mesótipo) e uma fonte de organização biológica (genótipo) (Carvalho, 2011). Assim, O desenvolvimento da criança é o produto de interações contínuas e dinâmicas que se estabelecem entre a criança e as experiências do ambiente. Neste sentido, há a consciência que a criança poderá ter efeito sobre as experiências que viveu, uma vez que estas são capazes de as perceber e interpretar e as experiências podem também ter influência no desenvolvimento da criança (Sameroff & Mackenzie, 2003). Assim, não excluindo as influências genéticas que podem desencadear problemas desenvolvimentais, a forma como o ambiente físico e social vai agir sobre o problema é um fator determinante (Pimentel, 2005).

Um comportamento atípico de uma criança que não seja compreendido pelos pais poderá desencadear transações negativas, tanto no comportamento parental, como no comportamento da criança, o que pode levar a uma alteração no processo desenvolvimental normativo da criança. Neste sentido e ao nível da intervenção, a observação das famílias nos seus contextos naturais, poderão dar pistas de possíveis sequências causais no desenvolvimento. Um programa de intervenção pode interromper uma transação negativa (Carvalho, 2011).

1.2.Intervenção Precoce em Portugal

No contexto português só em meados dos anos 80 do século 20 é que foram dados os primeiros passos na Intervenção Precoce (ANIP, 2016). Em 1986, surgem dois

programas que deram um contributo importante para a constituição da Intervenção Precoce em Portugal. Um deles é o Programa Portage para Pais, um projeto de intervenção-ação da responsabilidade da Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica (DSOIP) (Bairrão, 2003 citado por ANIP, 2016) que tinha como principal objetivo dar apoio especializado a crianças (com incapacidade ou em risco) e às respetivas famílias. Este surgiu com vários fatores que o tornaram um programa inovador até então: um plano de intervenção individualizado, a cooperação entre várias disciplinas, intervenções no contexto natural das crianças, envolvimento das famílias no processo de intervenção e a existência de recursos formativos e de supervisão (Pinto et al., 2012). O envolvimento dos pais na intervenção é um marco importante da história da IP em Portugal, uma vez que contribuiu em larga escala para que se passasse de um modelo médico, centrado unicamente na criança, para um modelo cada vez mais centrado na família (Pinto et al., 2012). Em 1989 surge o Projeto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra (PIIP) que consistia numa prestação de serviços individualizados a crianças em idade pré-escolar com NEE e respetivas famílias, envolvendo a Saúde, Educação e Segurança Social. Este revela-se também ele inovador, uma vez que acredita numa perspetiva transdisciplinar através do envolvimento da família no processo e como integrante na equipa, numa intervenção centrada na família e no envolvimento de múltiplos serviços ligados à saúde, educação, segurança social e ainda os recursos da comunidade (Pinto et al., 2012). Apesar destas evoluções que respeitam as atuais práticas recomendadas em IP, verificou-se que muitas das equipas centravam a intervenção unicamente na criança e tinham dificuldade na integração dos pais como membros da equipa, uma vez que era difícil sair do modelo médico a que estavam habituados (Bairrão & Almeida, 2002 citado por Almeida, 2004). A evolução da Intervenção Precoce deve-se a estes programas e a documentos legais que surgiram a nível internacional e em Portugal que legislavam as práticas de IP. Assim, importa referir o Despacho Conjunto de 891/99, aprovado em 1999 em Portugal, como sendo o primeiro a orientar as práticas reguladoras para IP. Este refere-se à importância da coordenação inter-serviços (educação, saúde, segurança social e recursos da comunidade), ao trabalho que deverá ser realizado em equipa, numa perspetiva transdisciplinar (sendo a família um dos desses elementos), à intervenção centrada na família, tendo esta o poder de decisão sobre a mesma e ainda à realização das intervenções em contextos naturais para a criança, com uma preocupação da inserção

destas intervenções nas rotinas da criança. Em 2009, surge o Decreto-Lei 281/2009 que funda o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância – SNIPI. Esta legislação define ainda o público-alvo da intervenção (já mencionado anteriormente). No âmbito das crianças com NEE importa ainda referir o Decreto-Lei 3/2008 que define um apoio especializado no contexto educativo da criança, no âmbito da Educação Especial e que abrange crianças dos 3 aos 18 anos. Este requer a elaboração de um Plano Educativo Individualizado (PEI). Torna-se relevante mostrar que há uma sobreposição de leis no caso de crianças que frequentam o pré-escolar (dos 3 aos 6 anos), uma vez que estas podem estar ao abrigo tanto do Decreto-Lei 3/2008, como do Decreto-Lei 281/2009.

Com o passar do tempo, e analisando a evolução da IP em Portugal, várias foram as mudanças a que se assistiu, que estão sintetizadas no quadro que se segue.

Quadro 1. Síntese da Evolução da IP (ANIP, 2016)

| | Antes | Agora |
|--|--|---|
| População Alvo | Crianças dos 0-3 anos com “deficiência” | Crianças dos 0-6 anos com perturbações do desenvolvimento e/ou risco, e suas famílias |
| Contexto | Centros de estimulação Centros terapêuticos Instituições | Contextos naturais (domicílio, creche, jardim de infância, etc.) |
| Práticas | “Pronto-a-vestir” | “Feitas por medida” Individualizadas |
| Papel dos profissionais e família | Peritos/decisores = Recetores passivos de serviços | Facilitadores = Participantes ativos/decisores |
| Objetivos/resultados | Desenvolvimento da criança | Prevenção Desenvolvimento da criança Empowerment/ capacitação das famílias |
| Trabalho de Equipa | Multi/Interdisciplinar | Transdisciplinar |
| Estrutura organizativa | Sectorial (com articulação pontual entre setores) Serviços fragmentados | Intersectorial Base Comunitária Serviços Integrados |
| Filosofia da IP | Centrada na criança Baseada nos “défices” | Centrada na família Baseada nas “forças” |

O SNIPI apresenta uma estrutura própria, na qual as Equipas Locais de Intervenção fazem parte. Segundo o Artigo 7º do Decreto-Lei 281/2009, estas equipas

são constituídas por profissionais de diferentes áreas, nomeadamente médicos e enfermeiros, ligados aos cuidados de saúde primários, educadores de infância administrados pelo Ministério da Educação e assistentes sociais, psicólogos e terapeutas contratados por instituições privadas através de parcerias com o Ministério do Trabalho e da Segurança Social. A estas equipas são atribuídas funções específicas ao abrigo da lei, tais como “identificar as crianças e famílias imediatamente elegíveis para o SNIPI, assegurar a vigilância às crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis, requerem avaliação periódica, devido à natureza dos seus fatores de risco e probabilidades de evolução, encaminhar crianças e famílias não elegíveis, mas carenciadas de apoio social, elaborar e executar o PIIP em função do diagnóstico da situação, identificar necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção, dinamizando redes formais e informais de apoio social, articular, sempre que se justifique, com as comissões de proteção de crianças e jovens e com os núcleos da ação de saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com atividade na área da proteção infantil, assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos, articular com os docentes das creches e jardins-de-infância em que se encontrem colocadas as crianças integradas em IPI” (Artigo 7, Decreto Lei 281/2009).

A coordenação das ELI está a cargo da Comissão Nacional de Coordenação, e de 5 Subcomissões Regionais (Subcomissão Regional Norte, Regional Centro, Regional Lisboa e Vale do Tejo, Regional Alentejo e Regional Algarve). Os Núcleos de Supervisão Técnica, fazendo parte da coordenação, têm como objetivo fazer a ponte entre os níveis de coordenação e as equipas locais (ANIP, 2016).

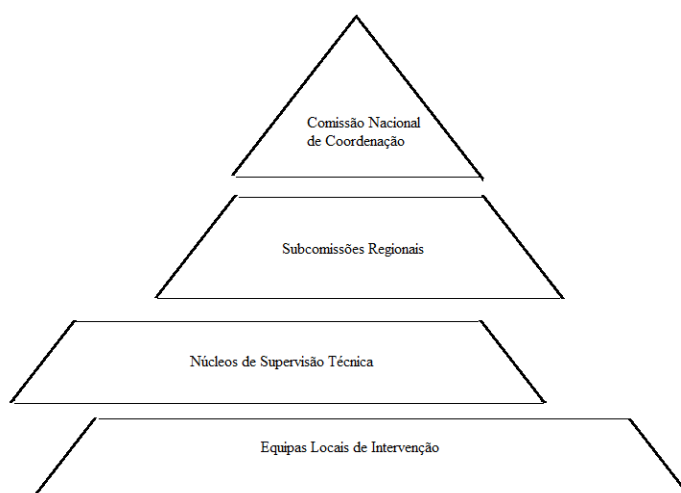


Figura. 1. Estrutura do SNIPI (ANIP, 2016).

2. Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce

Os profissionais de IP guiam-se por *guidelines* reconhecidas como práticas de qualidade e que por isso mesmo se apresentam como sendo recomendadas a nível internacional. De seguida, essas práticas serão apresentadas no presente trabalho.

2.1.Práticas Centradas na Família

A criança vive em vários contextos e é constantemente influenciada por estes, tal como já vimos anteriormente, sendo a família um dos contextos onde a criança se desenvolve. Neste sentido, importa mencionar Aleixo (2014) que refere que intervenções feitas diretamente à criança têm-se mostrado pouco satisfatórias a longo prazo, o que não se tem verificado quando o alvo da intervenção é a família ou outros significativos da criança, como são os educadores. Nestes casos, a melhoria da competência destes vai refletir-se numa melhoria também no desenvolvimento da criança. Vários autores referem a importância do envolvimento familiar nos programas de intervenção precoce, uma vez que este envolvimento traz vantagens para as crianças, podendo mesmo ser responsável pelo sucesso ou insucesso do programa de intervenção (Shonkoff & HauserCram, 1987; Martins, 1999 citado por Cardoso, 2006).

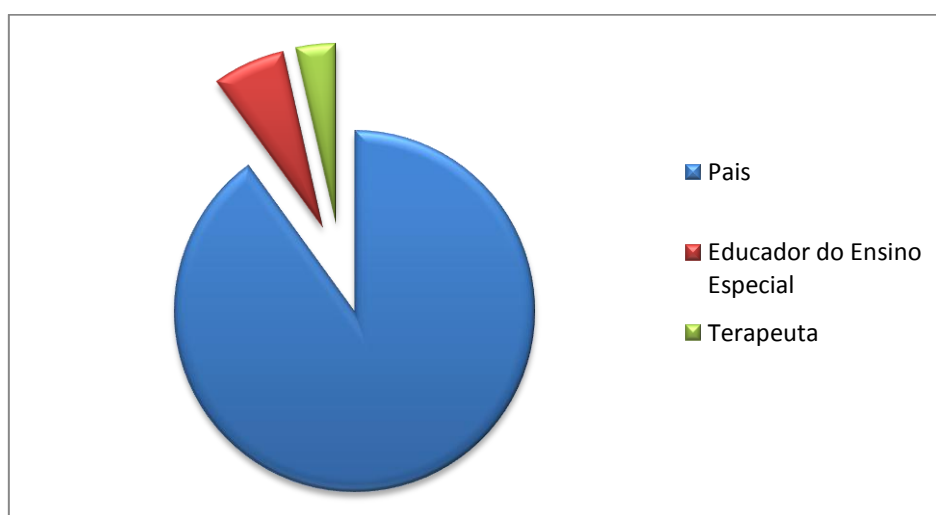


Figura 2. Impacto no desenvolvimento da criança (adaptado de ANIP, 2016)

Mahoney & MacDonald (2007) citado por ANIP (2016) realizaram um estudo em que concluíram que os pais são os agentes que mais oportunidades têm para atuar sobre o desenvolvimento dos seus filhos, por comparação ao tempo que as crianças dispõem para terapias com terapeutas ou apoios com o Ensino Especial. Tendo a família o maior impacto comprovado sobre o desenvolvimento da criança, os programas de Intervenção Precoce deverão "capacitar e corresponsabilizar as famílias pela promoção e aumento das capacidades individuais e familiares que apoiam e fortalecem o funcionamento familiar" (Dunst & Trivette, 1994 a), p.31, citado por Pimentel, 2005), dando-lhes ferramentas para que estes consigam lidar com os desafios que lhe vão sendo apresentados ao longo da vida. (Dunst, 2000). Neste sentido, surgem como aspetos fundamentais da intervenção centrada em IP as noções de *empowerment* (aumento ou criação de competências) e corresponsabilização (poder decisivo e sentido de controlo da família) (Pimentel, 2005). Trivette, Dunst & Hamby (2010) citado por ANIP (2016) referem que a autoeficácia parental tem influência na interação pais-filhos e que esta, por sua vez, irá afetar positivamente o desenvolvimento da criança.

A intervenção é ainda focada nas forças, ou seja, há a consciência de que a criança e a família possuem pontos fortes e capacidades (Dunst & Trivette, 2009 citado por ANIP, 2016) devendo esses ser explorados no âmbito da intervenção. As práticas centradas na família deverão incluir um tratamento às famílias com dignidade e respeito, enfatizando as suas competências e forças, a partilha de informações relevantes para uma tomada de decisão esclarecida por parte da família, a promoção de oportunidades de escolha dada à família e uma relação colaborativa e de parceria, caracterizada por uma relação de confiança, entre o técnico de IP e a família (Dunst, Trivette, & Hamby, 2007; Espe-Sherwindt, 2008 citado por Machado et al, 2017).

Este modelo de trabalho deverá refletir-se na construção do Plano Individual de Intervenção Precoce em que os objetivos deverão ser formulados mediante as prioridades estabelecidas pela família, utilizando os recursos de que dispõem, assim como baseados nas suas forças. No plano deverá estar implícito o total envolvimento da família, em que o profissional deverá apenas apoiá-la para uma tomada de decisão informada, promovendo sempre a autonomia da família. (Bailey e McWilliam, 1993, citado por Pimentel, 2005).

As práticas centradas na família assentam no facto de que os pais têm um papel fundamental em todas as fases da intervenção: tomada de decisão, intervenção e avaliação (Pimentel, 2005).

2.2. Intervenção nos Contextos Naturais da Criança e Inserida nas Rotinas

Já foi anteriormente justificado, através de Modelos como o Bioecológico de Bronfenbrenner e o Transacional de Sameroff, a importância de se trabalhar com as crianças nos contextos onde estas estão inseridas. Esta abordagem promove a inclusão de crianças com deficiência e/ou em risco de atraso de desenvolvimento, uma vez que reconhece que o seu desenvolvimento pode beneficiar de experiências normalizadoras nos contextos naturais com as mesmas condições e direitos dos seus pares (Carvalho et al., 2016 citado por Machado et al, 2017).

Os programas de IP direcionados para dar resposta às necessidades da criança e da sua família, deverão, sempre que possível ocorrer nos ambientes naturais da criança, nomeadamente nas suas atividades e rotinas diárias. Tal é justificado pelo facto das oportunidades de aprendizagem ocorrerem durante as atividades diárias em que está incluída a criança. (Almeida et al, 2011). Neste sentido, as intervenções deverão ter lugar nas rotinas da criança, uma vez que se considera que nos primeiros anos de vida estas aprendem através de interações repetidas no decorrer de um longo período de tempo e não através de curtos períodos como acontece em muitas das intervenções (McWilliam, 2003 citado por Caldeira et al, 2017). Assim, as rotinas proporcionam momentos constantes para a aprendizagem. As rotinas têm os seguintes componentes: começo e fim, orientação para um resultado, sentido, são previsíveis, sequenciais, sistemáticas e repetitivas. A previsibilidade das rotinas é muito importante para a aprendizagem das crianças. Desta forma, as crianças poderão empregar a sua atenção para adquirir novas aprendizagens. Apesar disso, o nível de novidade das rotinas deve ser tomado em consideração para que a criança não considere a atividade pouco estimulante, podendo ter como consequência o seu desinteresse e desistência. A rotina deverá então ter um nível moderado de novidade, juntando um elemento estimulante à rotina previsível que reunirá as condições ideais para novas aprendizagens (Warren & Horn, 1996 citado por Almeida et al, 2011).

A prática de uma intervenção centrada nas rotinas vai de encontro ao modelo de intervenção centrada na família. É necessário que sejam identificadas as rotinas nos vários contextos da criança (Caldeira et al, 2017). Esta avaliação deverá ser feita com base na Entrevista Baseada nas Rotinas, que irá permitir que a família, não só identifique as rotinas, como lhes possa atribuir uma classificação mediante a sua satisfação. Desta forma, a família está a definir as prioridades de intervenção, sendo um

membro ativo na definição do plano de intervenção. Importa assim, que as famílias percebam a relevância de se usarem atividades do dia-a-dia, nomeadamente, o banho, a alimentação, a ida para escola, como oportunidades de aprendizagem e promotoras do desenvolvimento da criança (Caldeira et al, 2017).

2.3. Transdisciplinaridade

A transdisciplinaridade implica que “haja um entendimento que organize e ultrapasse as diferentes áreas disciplinares. Transdisciplinaridade define-se, assim, como a coordenação do conhecimento num sistema lógico, que permite a transição de um campo do saber para outro. Para que exista transdisciplinaridade, torna-se necessário que haja «pensamento complexo», que implica a delimitação de um ponto de vista meta disciplinar e não de um ponto de vista único” (Almeida, 2013).

Numa equipa transdisciplinar o profissional que se assume como mediador de caso funciona como uma ponte entre a equipa de IP e a família. Este é escolhido de acordo com o perfil que melhor responda às necessidades definidas pela família (Almeida, 2013). Esta relação de um-para-um deverá ser promotora de uma relação de confiança entre a família e o profissional de IP. Para além disso, o mediador de caso estabelece ainda a articulação com os serviços da comunidade, evitando uma sobreposição de serviços que poderá confundir a família. Tal irá proporcionar a rentabilização de recursos e a otimização da intervenção (Carvalho et al., 2016, citado por Machado et al, 2017). O mediador de caso é apoiado pela restante equipa, maioritariamente na partilha de estratégias e de saberes, podendo também realizar visitas conjuntas com outros profissionais da equipa, em momentos específicos da intervenção (McWilliam, 2010 citado por Carvalho, 2015).

A abordagem transdisciplinar tem três características que a definem: a avaliação segundo o Modelo Arena, o trabalho colaborativo da equipa e o abandono de papel.

O Modelo Arena, segundo King et al. (2009) citado por Carvalho (2015) caracteriza-se por um momento avaliativo, em que profissionais de diferentes disciplinas avaliam as crianças segundo métodos formais e informais. Nesta avaliação existe um elemento facilitador (podendo ser um profissional ou a família) que interage com a criança, enquanto os restantes observam e avaliam vários parâmetros. Este modelo apresenta um conjunto de fases que vão desde a planificação da avaliação, até

ao momento em que os elementos da equipa (profissionais e família) reúnem para discutir o que viram durante o momento avaliativo e partir daí definem prioridades de intervenção e os recursos necessários para a sua implementação, culminando no preenchimento do PIIP (Carvalho, 2015).

A segunda característica prende-se com o trabalho colaborativo entre os profissionais da equipa entre si e com a família. Tal implica que os profissionais e a família, ou seja, a equipa, troquem informações, conhecimentos e capacidades. (Almeida, 2013).

O último conceito associado à transdisciplinaridade é o abandono de papel, o qual é um dos maiores desafios para as equipas de Intervenção Precoce. Pressupõe que os profissionais sejam capazes de não se centrar no que é exclusivamente da sua área, para serem capazes de valorizar diferentes perspetivas, conhecimentos e capacidades de profissionais das restantes áreas. Tal implica que, através da passagem de estratégias, os profissionais de IP sejam capazes de implementar na intervenção conhecimentos de outras áreas que não a sua especialidade. O abandono de papel implica ainda que os profissionais sejam capazes de empoderar as famílias ou educadores, para que sejam estas a implementar aquelas que seriam as suas estratégias (Almeida, 2013).

3. Ciclo de Intervenção de Simeonsson

Simeonsson et al. (1996) citado por ANIP (2016), apresenta um fluxograma que abrange várias fases de um processo de IP: desde que a criança é referenciada até à sua transição e que se denomina Ciclo de Intervenção.

O ciclo inicia-se com a Referenciação. Esta etapa consiste em notificar aos serviços de Intervenção precoce, crianças com atraso de desenvolvimento ou em risco de atraso de desenvolvimento e a sua família, para que sejam encontradas as respostas mais adequadas, para as necessidades apresentadas (ANIP, 2016). Qualquer entidade pode referenciar uma criança à ELI da área de residência da família, através da Ficha de Referenciação disponibilizada pelo SNIPI. Apesar de qualquer pessoa poder referenciar a criança, segundo o Relatório de Atividades da CERCIMA (2018) que retrata a realidade do Montijo e Alcochete são os educadores de infância que referenciam mais, seguidos dos profissionais de saúde hospitalar.

Os Primeiros Contactos são a fase seguinte do ciclo e permitem identificar as expectativas da família em relação à Intervenção Precoce (ANIP, 2016). Esta é a primeira interação da ELI com a família em que é importante conhecer a família, nomeadamente a sua ecologia, mas também é nesta fase que a equipa e a família se tornam parte integrante da mesma equipa. Em todo o processo de avaliação-intervenção a família tem um papel preponderante.

A fase que se segue é a Avaliação em IPI que possibilita “identificar preocupações, prioridades e recursos da família, conhecer as competências funcionais da criança e as características dos contextos” (ANIP, 2016). Nesta fase os profissionais das ELI dispõem da EBR para avaliar as rotinas da família, assim como a satisfação da família com as mesmas, sendo a família a identificar as suas necessidades e assim a definir as prioridades da intervenção. A avaliação da criança deverá ter em consideração o seu envolvimento, independência e relações sociais e também a família pode estar envolvida neste processo: na sua preparação, ao ser facilitadora durante o momento avaliativo e mais tarde na discussão das conclusões. Caso a avaliação determine que a criança não necessita de intervenção por parte de profissionais de IP, a criança fica num Programa de Monitorização que, segundo o ciclo de intervenção, consiste na vigilância da criança em risco (ANIP, 2016).

Quando a criança necessita de intervenção por parte da ELI, segue-se o Desenvolvimento do PIIP que consiste em definir objetivos que se traduzam em atividades que vão de encontro às prioridades e necessidades de cada criança e família. Importa ainda definir quais os recursos da família que irão apoiá-la a atingir cada objetivo proposto (ANIP, 2016). Os objetivos devem dirigir-se à criança e à família e devem ser definidos com critérios de aquisição, generalização e período de tempo.

A fase Implementação e Monitorização consiste na intervenção com a família, através de estratégias e atividades desenvolvidas nos contextos naturais da criança (domicílio e contextos formais de educação) e baseadas nas suas rotinas. Esta fase implica ainda a monitorização do processo e do plano de intervenção (ANIP, 2016). Nesta fase a família deverá ter oportunidade de definir os planos de visita de acordo com as suas prioridades e ter um papel na implementação da intervenção. O responsável de caso deverá trabalhar com a família num trabalho de consultoria/*coaching*. Este não deve assumir uma postura diretiva, optando por apoiar as capacidades emergentes da família, fazendo com que esta se sinta cada vez mais capaz de ser um elemento

facilitador do desenvolvimento da criança. Os demais profissionais da ELI poderão apoiar o responsável de caso, caso exista essa necessidade, nunca em visitas separadas.

A fase Avaliação dos resultados e da satisfação avalia “os resultados da intervenção e satisfação da família na perspectiva do seu controlo sobre o processo e do seu fortalecimento e não só ao nível da concretização dos objetivos” (ANIP, 2016).

A criança deverá ser acompanhada até à fase de Transição em que, segundo o ciclo, a IP assegura a todas as crianças processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos (ANIP, 2016).

Várias foram sendo as mudanças ao longo do tempo nas perspetivas do desenvolvimento humano e no que respeita aquela que se considera a intervenção mais eficaz junto de crianças com atraso de desenvolvimento ou em risco de desenvolver um atraso de desenvolvimento. Atualmente, ainda vigoram dois modelos distintos: o modelo médico e o modelo biopsicossocial. A Intervenção Precoce, como já foi mencionado, defende uma intervenção segundo um referencial biopsicossocial, com intervenções centradas na família, intervenções nos contextos naturais da criança e baseadas nas rotinas e num modelo transdisciplinar. Profissionais de IP têm diretrizes que orientam a sua prática segundo o que neste modelo são consideradas práticas de qualidade, no entanto o trabalho diário destes técnicos nem sempre traduz estas práticas recomendadas.

II. Estudo Empírico

1. Introdução e Objetivos do Estudo

Os profissionais das ELI são aqueles que mais facilmente identificam os facilitadores e as dificuldades com as quais se deparam nos seus contextos de trabalho. Assim, interessa-nos perceber, junto destes profissionais, quais são as maiores dificuldades sentidas e a que nível estas se situam em termos de um referencial ecológico. Esta problematização poderá ajudar a compreender melhor os obstáculos ao trabalho ideal e como promover a qualidade do trabalho destas equipas.

Este trabalho abrange dois conceitos fundamentais, as práticas ideais e as práticas típicas. As práticas ideais veiculadas na escala derivam das práticas recomendadas em IP, algumas já mencionadas no enquadramento conceptual do presente estudo. Surgem como práticas ideais noções ligadas à intervenção centrada na família, à intervenção nos contextos naturais da criança e baseadas nas rotinas, a transdisciplinaridade, a importância de conhecer a ecologia da família, a avaliação das necessidades da criança essencialmente numa perspetiva de funcionalidade, a adequação do processo de formulação de objetivos do PIIP e ainda noções ligadas à postura e estilos comunicativos dos profissionais com as famílias. Assim, todas as Equipas Locais de Intervenção dispõem de um guia onde estas práticas constam (“Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância – Um Guia para Profissionais”). As práticas típicas são aquelas que os profissionais percecionam como as suas práticas habituais no trabalho em IP. No entanto, vários estudos demonstram existir diferenças entre as práticas “ideais” e as que são usadas pelos profissionais como acontece no estudo de Augusto (2012) e Moreira (2013). É nesta problemática que se enquadra o presente estudo. Assim, importa perceber quais as perceções que os profissionais têm da sua prática, não só como meio para avaliar a qualidade das suas intervenções, mas também para os fazer refletir sobre as práticas que usam. Por outro lado, depois de conhecidas as práticas típicas e ideais dos profissionais, e de forma a refletir sobre os obstáculos que justificam a discrepância entre a prática típica e ideal e sobre as estratégias e sugestões de melhoria recorreu-se ao modelo ecológico como referência conceptual e como grelha de leitura. Esta reflexão poderá também adicionalmente,

contribuir para o delinear de soluções concretas para ultrapassar obstáculos e obter pistas relevantes para futuras intervenções junto desses profissionais.

Em suma, apresentam-se como objetivos do presente estudo:

1. Determinar como avaliam os profissionais de IP de cada ELI as práticas habituais das equipas onde trabalham – práticas típicas;
2. Confrontar do ponto de vista dos profissionais de cada ELI a avaliação das Práticas Típicas com aquelas que consideram como as ideais;
3. Perceber se o modelo de prática ideal veiculado na escala corresponde ao conceito de prática ideal dos técnicos;
4. Caracterizar, segundo os profissionais, o modelo de trabalho de cada ELI;
5. Identificar os domínios/itens em que existe maior discrepância entre práticas ideais e típicas;
6. Comparar as perceções sobre práticas típicas e ideais em função dos anos de experiência em IP;
7. Comparar as perceções sobre práticas típicas e ideais em função da categoria profissional dos técnicos;
8. Compreender, com recurso à justificação dos profissionais, os fatores que explicam a discrepância entre as práticas que utilizam e as que consideram ideais;
9. Identificar, do ponto de vista dos profissionais, estratégias e soluções de melhoria que permitam aproximar práticas típicas das ideais;
10. Situar de acordo com o modelo ecológico os obstáculos percecionados pelos técnicos, bem como as respetivas propostas para os ultrapassar;

2. Método

2.1. Participantes

Foram convidadas a participar no presente estudo todas as Equipas Locais de Intervenção do distrito do Porto ($n=14$). Duas não apresentaram disponibilidade (14.3%) e uma não apresentou resposta (7.1%). Assim, participaram no estudo profissionais das 11 equipas (78.6%) que aceitaram colaborar na investigação: Vale do Sousa Norte ($n=10$), Paredes/Penafiel ($n=8$), Gaia ($n=10$), Valongo ($n=8$), Gaia Sul ($n=10$), Amarante ($n=7$), Maia ($n=5$), Marco/Baião ($n=8$), Porto Oriental ($n=5$), Santo Tirso/Trofa ($n=5$) e Porto Ocidental 1/2 ($n=6$). Dado existirem alguns profissionais que integram várias equipas em simultâneo, e de forma a respeitar a carga de trabalho a que estão sujeitos, os profissionais responderam apenas relativamente a uma das equipas.

A amostra é constituída por 82 técnicos, dos quais 98.8% são do sexo feminino e 1.2% do sexo masculino. As idades dos participantes variam entre os 23 e os 64 anos ($M=42.33$, $DP=10.91$).

No que diz respeito à profissão, os participantes distribuem-se por nove categorias profissionais, como é possível ver na Tabela 1.

Tabela 1. Categorias Profissionais dos Participantes

| Categorias Profissionais | N=82 | % |
|--------------------------------|------|------|
| Médico(a) | 5 | 6.2 |
| Enfermeiro(a) | 10 | 12.3 |
| Psicólogo(a) | 8 | 9.9 |
| Terapeuta da Fala | 9 | 11.1 |
| Fisioterapeuta | 4 | 4.9 |
| Terapeuta Ocupacional | 10 | 12.3 |
| Assistente Social | 5 | 6.2 |
| Educador(a) de Infância | 29 | 35.8 |
| Professor(a) Educação Especial | 1 | 1.2 |
| Sem informação | 1 | 1.2 |

No que respeita às habilitações profissionais, 65.9% dos participantes são licenciados ($n=54$), 8.5% tem uma licenciatura com especialização ($n=7$) e 25.6% obteve o grau de Mestre ($n=21$).

A experiência em IP dos profissionais varia entre 0 e 30 anos ($M=5.5$, $DP=5.8$). Os anos de experiência profissional dos técnicos de IP na ELI de que fazem parte são em média 2.8 ($DP= 2.5$), sendo o mínimo de 0 e o máximo de 10 anos. Os participantes do estudo estão afetos à ELI semanalmente entre 4 e 37.5 horas ($M=23.7$, $DP=10.1$).

2.2. Medidas

Na realização do estudo foram usados os seguintes instrumentos:

1. Ficha de Caracterização dos Profissionais

Este questionário tem como finalidade recolher informações sobre as variáveis sociodemográficas dos participantes e foi construído pela autora do presente estudo (cf. Anexo A). É composto por nove questões de resposta fechada tais como a Equipa Local de Intervenção à qual pertencem, idade, género, categoria profissional, habilitações profissionais, anos de experiência em IP, tempo de trabalho na presente ELI, número de horas por semana afetos à ELI e qual o tipo de funcionamento da equipa (monodisciplinar, multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar). Para além destas questões, existem ainda duas questões de resposta aberta – a primeira das quais para compreender se os sujeitos tinham formação relevante na área de IP e uma segunda questão destinada à justificação do modo de funcionamento da equipa seleccionado.

2. FINESSE II – Escala de Avaliação de Serviços dirigidos a Famílias em Contextos Naturais (cf. Anexo X)

Esta escala foi traduzida e adaptada em 2013 por Cristina Damas Moreira, Carla Lança, Leonor Carvalho e Teresa Sousa Machado, sendo o instrumento original da autoria de McWilliam (2011). Tem como objetivo avaliar a perceção dos profissionais de IP quanto às suas práticas típicas e aquelas que consideram ideais. Para além disso, tenta perceber o porquê da existência de discrepâncias entre prática típica e ideal.

FINESSE II é uma escala tipo Likert constituída por 19 itens: 1) descrição escrita de programas, 2) referenciação inicial/apresentação do serviço, 3) primeiros contactos, 4) apoios, 5) avaliação das necessidades, 6) necessidades da família, 7) satisfação com as rotinas diárias, 8) resultados/objetivos individuais, 9) especificidades dos resultados/objetivos, 10) tomada de decisão acerca dos serviços, 11) transdisciplinaridade da Intervenção Precoce, 12) práticas das visitas domiciliárias, 13) plano das visitas domiciliárias, 14) aprendizagem do adulto e consultoria/coaching, 15) consultoria à família, 16) demonstração aos prestadores de cuidados, 17) práticas de visita na comunidade, 18) trabalho com as famílias, 19) avaliação e intervenção ao nível da criança. Cada um dos itens apresenta quatro descritores que estão organizados de forma crescente em termos da sua adequação e qualidade. Cada item é cotado duas vezes, uma relativamente à avaliação que os profissionais fazem da sua prática típica e outra em que indicam qual a prática que consideram ideal.

Para cada item é ainda apresentada a seguinte questão aberta “Se há discrepância entre a prática típica e ideal, porquê?”. Neste estudo a questão manteve-se, tendo sido pedido que os profissionais dessem um exemplo sempre que possível. Para dar resposta a um dos objetivos do estudo foi ainda acrescentada uma questão à folha de respostas “Na sua opinião o que poderia ser feito para aproximar as práticas típicas das ideais ou ultrapassar os obstáculos referidos?” (cf. Anexo C).

2.3.Procedimentos

2.3.1. Estudo Piloto

No sentido de verificar a adequação da Ficha de Caracterização dos Profissionais e da escala FINESSE II foi realizado um estudo piloto com duas técnicas das ELI participantes no estudo e este teve como objetivos perceber a pertinência das variáveis incluídas na Ficha de Caracterização dos Profissionais, analisar a interpretação das participantes sobre as questões da escala FINESSE II e perceber a clareza da informação usada na Declaração de Consentimento Informado.

Após o preenchimento dos materiais pelas profissionais, procedeu-se a uma reflexão falada para análise dos objetivos do estudo piloto. Por essa razão, os dados recolhidos destas profissionais não foram posteriormente usados no estudo principal.

Após análise dos comentários das profissionais foi elaborado um relatório com conclusões do estudo piloto e opções de melhoria a implementar no estudo principal. Em suma, na **Ficha de Caracterização dos Profissionais** procedeu-se a uma alteração na formulação da pergunta “Como caracteriza o trabalho desenvolvido na sua equipa? Porquê?” para “Como caracteriza o trabalho desenvolvido na sua equipa? Por favor justifique com aspetos concretos a sua resposta”. No que respeita à **Folha de Respostas**, também existiu uma adaptação. Assim, a primeira pergunta sofreu uma alteração para “Se existe discrepância entre a prática típica e ideal, porquê? Por favor explique, se possível através de um exemplo.”. Esta mudança na pergunta original fez com que a profissional se visse obrigada a pensar em casos concretos, sendo mais objetiva na deteção de obstáculos à prática ideal, dando exemplos da sua realidade na equipa onde exerce funções.

2.3.2. Recolha de Dados

Foi enviado um pedido de autorização a uma das autoras da tradução da escala e posteriormente para a sede da ANIP, a qual autorizou o uso da mesma para a realização do estudo (cf. Anexo D).

Foi também enviado um pedido de autorização explicitando os objetivos do estudo ao SNIPI, tendo sido obtida aprovação. (cf. Anexo E).

Procedeu-se ao contacto com todas as Equipas Locais de Intervenção do distrito do Porto, a fim de solicitar a sua participação na recolha de dados da presente investigação. Após a resposta favorável das equipas, foi marcada uma ida à reunião semanal de equipa na sede da ELI, mediante a disponibilidade das equipas. Assim, a entrega dos materiais foi feita presencialmente, sendo explicado cada um dos documentos e sendo enfatizado alguns aspetos do seu preenchimento em função dos resultados do estudo piloto. Nessa reunião foi também agendada a data de recolha dos documentos, uma vez que estes seriam preenchidos pelos profissionais mediante a sua disponibilidade, respeitando a sua carga de trabalho, proporcionando algum tempo para a reflexão exigida para o estudo. Esta foi também uma alteração feita ao processo de recolha de dados, após feedback das participantes no estudo piloto. O processo de recolha de dados ocorreu entre Janeiro e Março de 2018.

2.3.3. Análise de Dados

No presente estudo foram feitos dois tipos de análises dos resultados. Em primeiro lugar realizou-se uma análise quantitativa recorrendo a um programa destinado ao tratamento estatístico de dados *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25. Foram efetuadas análises descritivas e testes de comparação de médias: Teste *t* para amostras independentes e ANOVA.

No que diz respeito à análise qualitativa procedeu-se à análise de conteúdo das respostas dadas pelos técnicos. Foram seguidos os passos do Manual de Investigação Qualitativa em Educação (Amado, 2014) nomeadamente: definição do problema e dos objetivos do trabalho, definição de um referencial teórico, constituição de um *corpus* documental provocado (que surgiu no decorrer da investigação), leitura transversal dos dados e por fim categorização dos dados.

Todas as respostas dos profissionais foram transcritas e organizadas por item, agrupadas de acordo com as duas perguntas abertas “Se existe discrepância entre a prática típica e ideal, porquê? Por favor explique, se possível através de um exemplo” e “Na sua opinião o que poderia ser feito para aproximar as práticas típicas das ideais ou ultrapassar os obstáculos referidos?”.

Posteriormente, foi feita uma segunda análise destes dados que permitiu identificar alguns temas transversais a todas as respostas independentemente dos itens considerados. Esta análise é apresentada nas Reflexões Finais do presente estudo.

3. Resultados

3.1. Análise Quantitativa

a) Resultados Descritivos por Item

Foram calculadas as médias e desvios padrão para todos os itens da escala FINESSE II, bem como os valores máximos e mínimos.

Tabela 2. Resultados descritivos por Item

| | Prática Típica | | | | | Prática Ideal | | | | |
|----------------|----------------|------|------|------|------|---------------|------|------|------|------|
| | N | M | DP | Min. | Máx. | N | M | DP | Min. | Máx. |
| Item 1 | 81 | 5.85 | 1.30 | 1 | 7 | 79 | 6.52 | 0.78 | 3 | 7 |
| Item 2 | 81 | 6.11 | 1.03 | 3 | 7 | 79 | 6.62 | 0.65 | 5 | 7 |
| Item 3 | 82 | 5.46 | 1.27 | 3 | 7 | 80 | 6.45 | 0.93 | 3 | 7 |
| Item 4 | 80 | 4.76 | 1.76 | 1 | 7 | 78 | 6.12 | 1.30 | 3 | 7 |
| Item 5 | 82 | 6.15 | 1.12 | 3 | 7 | 80 | 6.56 | 0.86 | 3 | 7 |
| Item 6 | 82 | 6.43 | 1.38 | 1 | 7 | 80 | 6.86 | 0.73 | 1 | 7 |
| Item 7 | 80 | 5.86 | 1.33 | 1 | 7 | 76 | 6.58 | 0.80 | 4 | 7 |
| Item 8 | 81 | 5.48 | 0.94 | 2 | 7 | 79 | 5.68 | 0.89 | 4 | 7 |
| Item 9 | 82 | 6.63 | 0.79 | 3 | 7 | 80 | 6.87 | 0.46 | 4 | 7 |
| Item 10 | 81 | 5.84 | 1.76 | 1 | 7 | 78 | 6.45 | 1.20 | 1 | 7 |
| Item 11 | 82 | 6.20 | 1.64 | 1 | 7 | 81 | 6.47 | 1.56 | 1 | 7 |
| Item 12 | 81 | 6.44 | 1.28 | 1 | 7 | 79 | 6.75 | 0.82 | 3 | 7 |
| Item 13 | 82 | 5.87 | 1.39 | 3 | 7 | 80 | 6.50 | 0.93 | 3 | 7 |
| Item 14 | 82 | 6.60 | 0.91 | 3 | 7 | 79 | 6.84 | 0.67 | 2 | 7 |
| Item 15 | 82 | 6.23 | 0.93 | 3 | 7 | 80 | 6.66 | 0.64 | 4 | 7 |
| Item 16 | 82 | 6.49 | 1.10 | 3 | 7 | 79 | 6.90 | 0.44 | 4 | 7 |
| Item 17 | 80 | 6.01 | 1.47 | 3 | 7 | 79 | 6.87 | 0.56 | 3 | 7 |
| Item 18 | 82 | 6.80 | 0.53 | 4 | 7 | 80 | 6.93 | 0.38 | 4 | 7 |
| Item 19 | 82 | 6.63 | 0.84 | 3 | 7 | 80 | 6.86 | 0.59 | 3 | 7 |

Da leitura da tabela 2. é possível verificar que os valores obtidos na avaliação feita pelos profissionais à sua prática típica são elevados e que os valores médios referentes às práticas ideais são consistentemente superiores relativamente às práticas típicas que lhes são correspondentes.

b) Avaliação das práticas típicas e ideais por ELI

A tabela seguinte apresenta os valores médios atribuídos à prática típica e ideal pelos técnicos de cada ELI relativamente à escala global.

Tabela 3. Prática típica e ideal por ELI para a escala global

| | Prática Típica | | | Prática Ideal | | |
|---------------|----------------|------|------|---------------|------|------|
| | N | M | DP | N | M | DP |
| ELI 1 | 10 | 5.67 | 1.07 | 10 | 6.32 | 0.95 |
| ELI 2 | 8 | 6.28 | 0.15 | 8 | 6.28 | 0.15 |
| ELI 3 | 10 | 5.92 | 0.66 | 10 | 6.61 | 0.47 |
| ELI 4 | 8 | 6.08 | 0.72 | 8 | 6.69 | 0.38 |
| ELI 5 | 10 | 6.10 | 0.72 | 10 | 6.74 | 0.20 |
| ELI 6 | 7 | 6.62 | 0.21 | 7 | 6.72 | 0.07 |
| ELI 7 | 5 | 5.41 | 1.35 | 5 | 6.45 | 0.46 |
| ELI 8 | 8 | 5.99 | 0.82 | 7 | 6.67 | 0.42 |
| ELI 9 | 5 | 5.99 | 0.19 | 5 | 6.64 | 0.39 |
| ELI 10 | 5 | 6.81 | 0.32 | 5 | 6.94 | 0.09 |
| ELI 11 | 6 | 6.53 | 0.15 | 6 | 6.85 | 0.14 |
| Total | 82 | 6.10 | 0.75 | 81 | 6.61 | 0.47 |

Da leitura da tabela 3, é possível verificar que no geral e em termos médios a avaliação feita pelos profissionais de cada ELI acerca das suas práticas típicas apresenta valores elevados, não havendo nenhuma cotação com nota inferior a cinco. A diferença da ELI que se avalia mais positivamente na prática típica e aquela que se avalia com valores inferiores é de 1.4, o que revela alguma homogeneidade na avaliação das ELI face às suas práticas habituais.

No que respeita à prática que os profissionais consideram como sendo a ideal, é possível observar que, como era esperado, apresenta sempre valores médios superiores relativamente à avaliação da prática típica. Também neste caso, há tendência para homogeneidade, já que a diferença entre o valor médio mais alto e o valor médio mais baixo é de .66.

É ainda possível verificar que a diferença entre os valores das práticas típicas e ideais é de pequena magnitude, sendo a diferença máxima de 1.4, ou seja a avaliação das práticas típicas está muito próxima da que consideram como sendo ideal.

c) Prática ideal do ponto de vista dos técnicos

Para cada item foi calculada a percentagem de profissionais que, relativamente à Prática Ideal, recorreram aos valores 6 e 7, os quais exprimem o conceito de prática ideal proposto da escala.

Tabela 4. Percentagem de profissionais que considera Prática Ideal os valores “6 e 7”

| Item | % |
|--|----------|
| 1. Descrição Escrita dos Programas | 88.6% |
| 2. Referenciação Inicial/Apresentação do Serviço | 91.2% |
| 3. Primeiros Contactos | 85.1% |
| 4. Apoios | 71.8% |
| 5. Avaliação das Necessidades | 91.3% |
| 6. Necessidades da Família | 97.6% |
| 7. Satisfação com as Rotinas Diárias | 85.5% |
| 8. Resultados/Objetivos Individuais | 43.1% |
| 9. Especificidade dos Resultados/Objetivos | 97.6 |
| 10. Tomada de decisão acerca dos Serviços | 85.9% |
| 11. Transdisciplinaridade da Intervenção Precoce | 91.4% |
| 12. Práticas das Visitas Domiciliárias | 93.7% |
| 13. Plano das Visitas Domiciliárias | 88.8% |
| 14. Aprendizagem do Adulto e Consultoria/Coaching | 96.2% |
| 15. Consultoria à Família | 93.8% |
| 16. Demonstração aos Prestadores de Cuidados | 97.5% |
| 17. Práticas de Visita na Comunidade | 96.2% |
| 18. Trabalho com as Famílias | 98.8% |
| 19. Avaliação e Intervenção ao nível da Criança | 97.5% |

Da leitura da tabela 4 é possível verificar que tende a existir correspondência entre o conceito de prática ideal dos técnicos e o conceito de prática ideal proposto na escala.

A exceção a esta regra é o Item 8, em que apenas 43.1% dos profissionais concorda com o conceito de prática ideal da escala. Mais de metade dos profissionais (55.7%) considera como prática ideal o valor 5 - “os planos têm menos de 6 objetivos, alguns são objetivos focados na participação e outros são objetivos ao nível da família”.

No Item 4 ocorre uma tendência semelhante, já que apenas 71.8% dos profissionais considera que a prática ideal corresponde aos valores 6 e 7 da escala. Há ainda 28.2% que considera que a prática ideal se encontra em valores diferentes, nomeadamente 16.7% classifica a prática ideal com valor 5 “é utilizado um questionário oral ou escrito para averiguar quais os recursos da família, com indicação do nível de suporte que cada um presta”, 9% com valor 3 - “os apoios formais e informais são descritos sem indicação do nível de suporte que cada um presta” e 2.6% com o valor 4 que na escala não apresenta descritor.

d) Caracterização do modelo de trabalho das equipas;

No que respeita ao Modelo de Equipa, 61 participantes (75.3%) consideram que o trabalho desenvolvido na sua equipa é *Transdisciplinar*. Já 16 dos profissionais (19.8%) classifica o funcionamento da sua equipa como *Interdisciplinar* e 4 como *Multidisciplinar* (4.9%).

e) Discrepância entre práticas ideais e típicas;

Para cada item da escala procedeu-se ao cálculo da diferença entre os valores médios da prática típica e ideal, sendo os resultados apresentados na tabela 5.

Tabela 5. Diferença de valores médios entre Prática Ideal e Típica

| | Diferença Prática Ideal e Prática Típica |
|---|--|
| 1. Descrição Escrita dos Programas | 0.67 |
| 2. Referenciação Inicial/Apresentação do Serviço | 0.51 |
| 3. Primeiros Contactos | 0.99 |
| 4. Apoios | 1.36 |
| 5. Avaliação das Necessidades | 0.41 |
| 6. Necessidades da Família | 0.43 |
| 7. Satisfação com as Rotinas Diárias | 0.72 |
| 8. Resultados/Objetivos Individuais | 0.20 |
| 9. Especificidades dos Resultados/Objetivos | 0.24 |
| 10. Tomada de decisão acerca dos Serviços | 0.61 |
| 11. Transdisciplinaridade da Intervenção Precoce | 0.27 |
| 12. Práticas das Visitas Domiciliárias | 0.31 |

| | |
|--|------|
| 13. Plano das Visitas Domiciliárias | 0.63 |
| 14. Aprendizagem do Adulto e Consultoria/Coaching | 0.24 |
| 15. Consultoria à Família | 0.43 |
| 16. Demonstração aos Prestadores de Cuidados | 0.41 |
| 17. Práticas de Visitas na Comunidade | 0.86 |
| 18. Trabalho com as Famílias | 0.13 |
| 19. Avaliação e Intervenção ao nível da Criança | 0.23 |

Da leitura da Tabela 5 é possível verificar que não existe acentuada discrepância entre a avaliação feita à prática típica e a prática que os profissionais consideram como sendo ideal. A maior discrepância verifica-se no Item 4 sendo a diferença entre as duas avaliações de 1.36. Neste item a prática típica obtém um valor médio de 4.76 e a prática ideal 6.12.

f) Avaliação dos profissionais e anos de experiência em IP;

Foram comparados os valores médios da Prática Típica e Ideal atribuídos em função dos anos de experiência em IP dos profissionais inquiridos. Para este efeito, foram constituídos dois grupos. No primeiro grupo os profissionais têm entre 0 e 3 anos de experiência em IP. O segundo grupo contém os profissionais com mais de 3 anos de experiência em IP. O ponto de corte da variável “anos de experiência” foi decidido por forma a equilibrar o número de profissionais em cada grupo (cerca de 50%).

Tabela 6. Práticas Típicas e Ideais por tempo de experiência em IP dos profissionais

| | Experiência | N | M | DP |
|-----------------------|--------------------|----------|----------|-----------|
| Prática Típica | ≤ 3 Anos | 42 | 5.91 | 0.90 |
| | >3 Anos | 37 | 6.29 | 0.50 |
| Prática Ideal | ≤ 3 Anos | 42 | 6.49 | 0.57 |
| | >3 Anos | 36 | 6.72 | 0.26 |

O Teste t para amostras independentes revelou que existem diferenças significativas na avaliação das práticas típicas em função dos anos de experiência em IP, $t(65.63)=-2.32$; $p<.05$. Os profissionais com mais de três anos de experiência tendem a

avaliar mais positivamente as suas práticas típicas ($M=6.29$; $DP=0.50$) do que os profissionais com três ou menos anos ($M=5.91$; $DP=0.90$).

Também ao nível das práticas ideais se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos, $t_{(59,36)}=-2.36$; $p<.05$. Os técnicos com mais de 3 anos de experiência recorrem mais aos valores superiores da escala para classificar a prática ideal ($M=6,72$; $DP=0,26$) do que profissionais menos experientes em IP ($M=6.49$; $DP=0.57$).

g) Avaliação dos profissionais e a área profissional dos técnicos;

Visto que os profissionais apresentam formações distintas, foram consideradas três áreas profissionais, com base nos Ministérios representados na Intervenção Precoce: Ministério da Saúde (“Saúde”: Médicos e Enfermeiros), Ministério da Educação (“Educação: Educadores de Infância) e Ministério da Segurança Social e do Trabalho (“Outros”: Assistentes Sociais, Terapeutas e Psicólogos).

A Tabela seguinte apresenta os valores médios da Prática Típica e Ideal em função da área profissional dos técnicos.

Tabela 7. Práticas típicas e ideais por área profissional dos técnicos

| | Área | N | M | DP |
|-----------------------|----------|----|------|------|
| Profissional | | | | |
| Prática Típica | Saúde | 15 | 5.90 | 0.20 |
| | Educação | 29 | 6.20 | 0.14 |
| | Outros | 37 | 6.08 | 0.12 |
| Prática Ideal | Saúde | 14 | 6.34 | 0.85 |
| | Educação | 29 | 6.72 | 0.30 |
| | Outros | 37 | 6.62 | 0.33 |

Recorrendo a uma ANOVA foi possível verificar que não existiam diferenças significativas ao nível da avaliação da prática típica nos três grupos profissionais, $F_{(2)} = 0.75$, $p > .05$. No que diz respeito às práticas ideais, verificou-se a existência de diferenças significativas em função da área profissional $F_{(2)} = 3.33$, $p=0.04$. Recorrendo ao teste de contraste Tukey, verificou-se que Educadoras de Infância tendem a recorrer

a valores superiores da escala para classificar a prática ideal ($M=6.72$; $DP=0.30$) comparativamente aos profissionais de saúde ($M=6.34$; $DP=0.85$).

3.2. Análise Qualitativa

No processo que precedeu a categorização das unidades de registo, foram excluídas todas as respostas dadas que não fossem perceptíveis, que apresentassem ambiguidade na sua interpretação ou cuja resposta não explicitasse ligação com a pergunta feita. Neste sentido, nem todas as respostas dadas pelos profissionais foram tidas em consideração para o processo de categorização.

Tendo-se verificado haver uma similaridade entre o conteúdo dos itens da escala FINESSE II e o Ciclo de Intervenção de Simeonsson, o qual a Intervenção Precoce segue, foi feito um emparelhamento entre as fases do ciclo e os itens que lhes correspondiam. As unidades de registo foram assim agrupadas de acordo com a etapa a que se referiam. Este procedimento facilitou o processo de apreciação e interpretação dos resultados.

A Figura 3. Apresenta as etapas do Ciclo de Intervenção tal como é proposto por Simeonsson e os itens incluídos em cada uma das etapas de acordo com o procedimento referido.

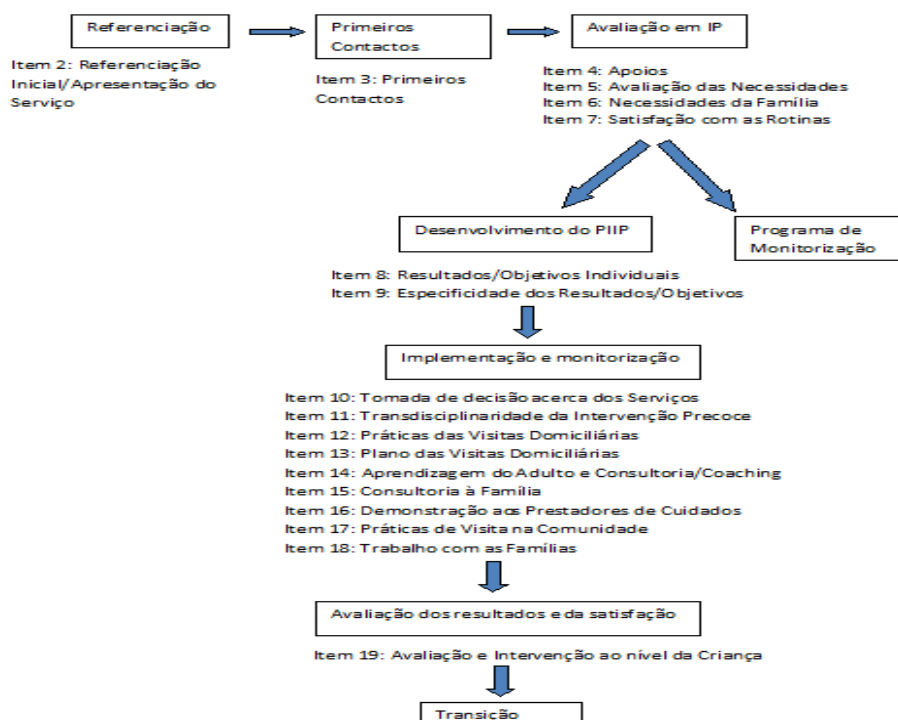


Figura 3. Fases do Ciclo de Simeonsson e Itens da Escala FINESSE II

O item 1 da escala FINESSE (Descrição Escrita dos Programas – brochuras, *flyers*, etc.) será analisado à parte, uma vez que não se enquadra em nenhuma fase do ciclo de intervenção, sendo um procedimento que ocorre antes do processo da família entrar no SNIPI.

3.2.1. Descrição Escrita dos Programas (brochuras, *flyers*, etc.)

Relativamente à origem da discrepância entre prática típica e ideal foram contabilizadas 22 unidades de registo, mas apenas 17 foram selecionadas para categorização. Relativamente às estratégias e soluções de melhoria, foram contabilizadas 16 unidades de registo das quais apenas 13 foram consideradas para categorização.

Neste item a prática de qualidade veiculada na escala está descrita como “a documentação escrita dá ênfase ao suporte emocional informativo e material dirigido às famílias”.

Origem da Discrepância

Na Descrição escrita de Programas destacaram-se três categorias. A categoria *Materiais contêm informação inadequada/ insuficiente* ($n=11$) agrega todas as menções de inadequação nos materiais fornecidos às famílias. A categoria *Responsabilidade dos serviços centrais* ($n=1$) agrega todas as unidades de registo que, de alguma forma, atribuem a responsabilidade da inadequação dos materiais a instâncias superiores. A categoria *Sobrecarga de trabalho* ($n=5$) abrange todas as respostas em que é feita menção ao elevado número de casos atendidos pelos técnicos.

| Categorias | Exemplos de Unidades de Registo |
|---|--|
| Materiais contêm informação inadequada/ insuficiente ($n=11$) | “... apenas descreve o que a ELI oferece em termos de terapias, mas não aprofunda o tipo de apoio emocional que poderá dar” “...nas brochuras não está bem destacado a importância e a centralidade do papel das famílias.” |
| Responsabilidade dos serviços centrais ($n=1$) | “Os programas são fixos pois as orientações são nacionais e as ELI’s não podem ter coisas que não sejam homologadas pela Comissão Nacional e NST.” |
| Sobrecarga de trabalho ($n=5$) | “A existência de um grande número de casos por mediador dificulta... a gestão de documentos.” “Falta de tempo e recursos” |

Estratégias e sugestões de melhoria

No que diz respeito às sugestões dadas pelos profissionais para ultrapassar os obstáculos foram consideradas duas categorias. A *Necessidade de criar documentos adequados* ($n=7$) abrange todas as respostas que mencionam a necessidade de revisão dos documentos pela própria equipa ou orientação superior para que se criem materiais adequados. A categoria *Diminuição do Rácio profissionais-casos* ($n=6$) abrange as referências à necessidade de aumento do número de profissionais ou diminuição de casos atendidos.

| Categorias | Exemplos de Unidades de Registo |
|---|--|
| Necessidade de criar documentos adequados ($n=7$) | “... será fundamental rever os documentos de modo a torná-los mais informativos e claros.” “As instâncias superiores deveriam elaborar ou orientar materiais mais concretos neste domínio.” |
| Diminuição do Rácio profissionais-casos ($n=6$) | “Aumentar o número de técnicos e/ou menos casos.” “Ter menos casos por mediador ou mais técnicos na equipa” |

3.2.2. Referenciação

O item 2 da escala foi incluído na Referenciação do ciclo de Simeonsson.

Relativamente à origem da discrepância entre prática típica e ideal foram contabilizadas 16 unidades de registo, mas apenas 14 foram selecionadas para categorização. Relativamente às estratégias e soluções de melhoria, foram contabilizadas 15 unidades de registo das quais apenas 14 foram consideradas para categorização.

Neste item a prática de qualidade veiculada na escala é descrita como “a pessoa que apresenta o serviço, descreve o programa essencialmente em termos de apoio às famílias”.

Origem da Discrepância

Foram definidas as seguintes categorias: *Prevalência do modelo médico em IP* ($n=5$), categoria que inclui todas as respostas em que o processo de IP ainda apresenta características ligadas ao modelo médico. A categoria *Prioridades das Famílias* ($n=4$)

abrange todas as respostas que exprimem a necessidade de ir ao encontro às expectativas trazidas pelas famílias. A categoria *Práticas centrada na criança* (n=5) inclui todas as respostas em que se evidencia a necessidade de ir ao encontro das necessidades da criança.

| Categorias | Exemplos de Unidades de Registo |
|-------------------------------------|---|
| Prevalência do modelo médico (n=5) | “Muitas vezes a referência é feita pelas educadoras ou médicos que fazem a apresentação do serviço como um conjunto de terapias.” “Os médicos nas fichas de referência continuam a prescrever terapias” |
| Prioridades das Famílias (n=4) | “Considero que ainda se faz referência às intervenções dirigidas à criança, uma vez que as famílias muitas vezes é isso que questionam...” “Os profissionais procuram ir de encontro às expectativas das famílias” |
| Práticas centradas na criança (n=5) | “...Acho que quem precisa de apoio é a criança e não a família.” “Por vezes é necessário intervir diretamente com a criança” |

Estratégias e sugestões de melhoria

No processo de Referência foram identificadas quatro categorias com vista a diminuir a discrepância entre práticas típicas e ideais. A categoria *Formação* (n=1) abrange todas as respostas em que há menção da necessidade formativa dos profissionais. A categoria *Mudança de paradigma* (n=4) inclui as respostas em que há menção à necessidade de ultrapassar a prevalência do modelo médico. A *Diminuição do Rácio profissionais-casos* (n=3) inclui as unidades de registo em que se evidencia a necessidade de aumentar o número de profissionais ou diminuir o número de casos atendidos. A categoria *Divulgação do modelo de IP* (n=6) abrange todas as respostas em que se sugere uma maior difusão do modelo atual de IP e da sua eficácia, para o público em geral e entidades referenciadoras.

| Categorias | Exemplos de Unidades de Registo |
|---|--|
| Formação (n=1) | “Mais formação dos técnicos de IP.” |
| Mudança de paradigma (n=4) | “Acho que é um trabalho contínuo ao longo do tempo e de mudança de paradigma, pais e profissionais ainda estão muito centrados no modelo médico, do especialista.” “As famílias passarem a ser consideradas os principais atores na intervenção com as suas crianças” |
| Diminuição do Rácio profissionais-casos (n=3) | “Aumentar o número de técnicos.” “Menos crianças para cada gestor de caso...” |
| Divulgação do modelo de IP (n=6) | “Divulgação das práticas e dos resultados positivos deste modelo junto das entidades referenciadoras.” “Mais formação nos contextos” |

3.2.3. Primeiros Contactos

O item 3 da escala foi incluído nos Primeiros Contactos do ciclo de Simeonsson.

Relativamente à origem da discrepância entre prática típica e ideal foram contabilizadas 35 unidades de registo, mas apenas 30 foram selecionadas para categorização. Relativamente às estratégias e soluções de melhoria, foram contabilizadas 20 unidades de registo das quais apenas 18 foram consideradas para categorização.

Neste item a prática de qualidade veiculada na escala é descrita como “é efetuado um ecomapa para determinar os recursos formais e informais da família e com quem vive a criança”.

Origem da Discrepância

Foram identificadas três categorias nos Primeiros Contactos. A *Ausência de uniformização de práticas* ($n=4$), abrange todas as respostas em que há menção da atribuição da discrepância entre prática típica e ideal às ideias dos profissionais. A categoria *Recursos Insuficientes* ($n=7$) inclui respostas em que é referida a falta de formação, a falta de recursos humanos e o pouco tempo dos profissionais. O *Recurso a outros métodos no 1º contacto* ($n=19$) inclui todas as respostas em que há menção à utilização intencional de outros procedimentos, que não o Ecomapa.

| Categorias | Exemplos de Unidades de Registo |
|--|---|
| Ausência de uniformização de práticas ($n=4$) | “Tudo depende do elemento que faz o primeiro contacto e das famílias que são alvo desse mesmo contacto.” “Não são as mesmas pessoas a fazer e os métodos variam de pessoa para pessoa” |
| Recursos insuficientes ($n=7$) | “A equipa não tem formação suficiente para elaborar o ecomapa” “Devido à falta de pessoal... não é possível a prática ideal.” “Falta de tempo para no 1º contacto ser efetuado um Ecomapa.” |
| Recurso a outros métodos no 1º contacto ($n=19$) | “A recolha de informação na altura do acolhimento é efetuado com recurso a um guia de entrevista e ao preenchimento de uma folha de colheita de dados.” “É feito em conversa informal com as famílias, de onde retiramos todas as informações necessárias mas que não são esquematizadas” “Não existe um questionário formal, mas penso que seja uma vantagem porque a equipa adequa-se à realidade das famílias” “A partir da conversa com a família resumem-se as preocupações e prioridades e recursos existentes para a família, mas não é elaborado um ecomapa” |

Estratégias e soluções de melhoria

Ao nível das sugestões dadas pelos profissionais para aproximar prática típica e ideal foram identificadas três categorias. O *Aumento de recursos* ($n=10$) inclui todas as respostas em que se evidenciam necessidades formativas, de reforço de recursos humanos, de tempo e de supervisão. A categoria *Outras estratégias para obter informação* ($n=3$) inclui todas as repostas em que os profissionais identificam outros métodos mais adequados. Finalmente a categoria *Implementar o Ecomapa* ($n=5$) abrange todas as unidades de registo em que se evidencia a vontade dos profissionais em utilizar este documento com a família nos primeiros contactos.

| Categorias | Exemplos de Unidades de Registo |
|--|--|
| Aumento de recursos ($n=10$) | “A equipa deveria ter formação específica sobre como elaborar o ecomapa.” “Ter mais tempo para receber as famílias.” “Colocar mais elementos na equipa...” “Os instrumentos do SNIPI deveriam facilitar esta prática...” |
| Outras estratégias para obter informação ($n=3$) | “... é uma intenção deliberada da equipa não preencher formalmente o ecomapa, penso que uma alternativa poderia ser preencher este documento (caso fosse pertinente) à posteriori quando profissionais e família tivessem já uma relação mais próxima.” “Uma conversa quase informal que permita à família sentir-se à vontade para expor o que a preocupa. Ouvir mais e falar menos” |
| Implementar o Ecomapa ($n=5$) | “Realizar com a família o ecomapa.” “Passar a fazer o esquema formal do ecomapa” |

3.2.4. Avaliação em Intervenção Precoce na Infância

O item 4, 5, 6 e 7 da escala foram incluídos na Avaliação em Intervenção Precoce na Infância do ciclo de Simeonsson.

Relativamente à origem da discrepância entre prática típica e ideal foram contabilizadas 61 unidades de registo, mas apenas 54 foram selecionadas para categorização. Relativamente às estratégias e soluções de melhoria, foram contabilizadas 49 unidades de registo das quais apenas 45 foram consideradas para categorização.

Nos itens que fazem parte deste ciclo as práticas de qualidade veiculadas na escala são descritas como “o ecomapa é utilizado para averiguar os membros da família alargada, amigos, vizinhos, apoios religiosos, recursos profissionais e financeiros, com indicação do nível de suporte que cada um presta”, “para além dos testes, são utilizados

métodos informais para determinar o envolvimento, a independência e as relações sociais da criança nas rotinas diárias”, “as necessidades da família são identificadas através de conversas informais ou semi-estruturadas acerca das rotinas diárias, bem como através de questões diretas sobre as mudanças que desejam ver nas suas vidas” e “é pedido às famílias que classifiquem a sua satisfação com cada rotina numa escala de 1 (negativo) a 5 (positivo) ”.

Origem da Discrepância

Com relação à fase da Avaliação em IPI foram identificadas cinco categorias. A categoria *Recursos insuficiente* ($n=5$) inclui todas as respostas que evidenciam carências a nível formativo ou de tempo. A *Insuficiente recolha da informação* ($n=25$) abrange todas as respostas em que são nomeadas falhas na recolha de informação ao nível do processo avaliativo. Os *Motivos inerentes à família e ao contexto* ($n=8$) incluem todas as respostas em que há atribuição da discrepância à família ou ao contexto, o *Recurso a outros métodos* ($n=14$) inclui as respostas em que há referência a outras estratégias usadas pelos profissionais nos momentos avaliativos e A *Focalização nas áreas de desenvolvimento* ($n=2$) abrange todas as respostas em que os profissionais se referem ao facto de centrarem a sua avaliação nas áreas de desenvolvimento da criança.

| Categorias | Exemplos de Unidades de Registo |
|--|---|
| Recursos insuficientes ($n=5$) | “... nunca fiz formação para saber utilizar corretamente o ecomapa.” “Falta de tempo para abordarmos cada rotina de modo detalhado...” |
| Insuficiente recolha da informação ($n=25$) | “São descritos os apoios, mas nem sempre é explorado o nível de suporte que cada um presta” “...não sendo feita de forma formal a avaliação nas rotinas diárias.” “Em conversa com a família são registadas as suas necessidades, por vezes esquecemo-nos de perguntar quais as mudanças que desejam” “Embora durante os encontros com as famílias se fale bastante sobre as rotinas da família, e principalmente da criança, não lhes é questionada qual a sua satisfação com cada rotina.” |
| Motivos inerentes à família e ao contexto ($n=8$) | “...os pais não compreendem a importância que as suas rotinas têm no desenvolvimento da criança” “A realidade portuguesa é diferente da realidade dos Estados Unidos.” |
| Recurso a outros métodos ($n=14$) | “Não há um questionário tipo mas sim são feitas questões aleatórias e informais” “Não é elaborado o ecomapa, no entanto é recolhida informação que é colocada na ficha de caracterização da criança com os recursos da família.” “Os suportes são descritos dentro do PIIP que já está estruturado” |
| Focalização nas áreas de desenvolvimento ($n=2$) | “...a avaliação é planeada por áreas de desenvolvimento” |

Estratégias e sugestões de melhoria

A nível das sugestões dadas pelos profissionais destacaram-se seis categorias. *Implementar o Ecomapa* (n=9) inclui todas as respostas em que há menção à vontade dos profissionais em utilizarem este instrumento de avaliação. Identicamente, a categoria *Implementar a EBR* (n=7) abrange todas as respostas em que os profissionais demonstram vontade em utilizar este instrumento avaliativo. A categoria *Recurso a outros procedimentos/métodos* (n=4) inclui as menções à utilização de outros procedimentos que não os recomendados internacionalmente. O *Foco na família e nas rotinas* (n=6) inclui as respostas que referem a necessidade de o processo de IP ser centrado na família e nas rotinas. A categoria *Uniformização de Práticas* (n=6) abrange todas as respostas em que se evidencia a necessidade da utilização de práticas comuns inter-equipa e intra-equipa. Por fim, a categoria *Aumento de Recursos* (n=13) abrange todas as unidades de registo em que há menção às necessidades formativas, de reforço de recursos humanos, de tempo ou de supervisão.

| Categorias | Exemplos de Unidades de Registo |
|--|---|
| Implementar o Ecomapa (n=9) | “Construir o ecomapa com a família para estes também poderem refletir sobre o nível de suporte” “Se a equipa passasse a realizar o ecomapa com a família, julgo que esta prática seria melhorada pois a rede de suporte e a posição de cada um ficaria mais explícita” |
| Implementar a EBR (n=7) | “Ao utilizar a EBR no 1º contacto com as famílias seria feita uma melhor análise às rotinas” “Utilizar a EBR na avaliação” |
| Recurso a outros procedimentos/métodos (n=4) | “Criar uma grelha de avaliação para a satisfação com as rotinas diárias” “Preencher um questionário tipo” |
| Foco na família e nas rotinas (n=6) | “Temos que valorizar as necessidades/interesses que a família dá às mesmas.” “Mudar o tipo de avaliação centrando-a mais nas rotinas” |
| Uniformização de práticas (n=6) | “...uniformização de práticas: inter e intraequipas” “Uniformizar procedimentos...” |
| Aumento de recursos (n=13) | “Seria necessário dar formação aos elementos da ELI.” “Supervisão Técnica por diferentes momentos em que é feito.” “Mais tempo disponível para conversar com as famílias de forma a criar uma boa relação de empatia” “Ter mais pessoal na equipa” |

3.2.5. Desenvolvimento do PIIP

O item 8 e 9 da escala foram incluídos no Desenvolvimento do PIIP do ciclo de Simeonsson.

Relativamente à origem da discrepância entre prática típica e ideal foram contabilizadas 12 unidades de registo, mas apenas 9 foram selecionadas para categorização. Relativamente às estratégias e soluções de melhoria, foram contabilizadas 5 unidades de registo das quais apenas 4 foram consideradas para categorização.

Nos itens que fazem parte deste ciclo as práticas de qualidade veiculadas na escala são descritas como “os planos incluem entre 6 a 12 objetivos, alguns são objetivos da criança focados na participação e outros são objetivos ao nível da família” e “os objetivos ao nível da criança especificam o comportamento e os critérios para a sua aquisição, generalização e em que período de tempo”.

Origem da Discrepância

Foram identificadas três categorias no Desenvolvimento do PIIP. Estas referem-se ao *Número de objetivos considerado excessivo* ($n=2$) que inclui todas as menções dos profissionais ao número de objetivos proposto na escala, à *Dificuldades na elaboração de objetivos* ($n=2$) que inclui todas as respostas em que se evidenciam constrangimentos na construção dos objetivos do PIIP e à *Formulação incompleta de objetivos* que inclui todas as respostas em que há referência à ausência de algum dos critérios previstos na escala ou de objetivos que se dirigem à família.

| Categorias | Exemplos de Unidades de Registo |
|---|--|
| Número de objetivos considerado excessivo ($n=2$) | “O plano nunca deve ter mais de seis porque vai ser difícil trabalhar para conseguir atingir os objetivos.” |
| Dificuldade na elaboração de objetivos ($n=2$) | “Procura-se que os objetivos sejam detalhados e mensuráveis, sendo, por vezes, difícil elaborá-los de forma concreta” |
| Formulação incompleta de objetivos ($n=5$) | “Os objetivos nem sempre são estabelecidos com período de tempo” “Alguns existem objetivos ao nível da família, outros não” |

Estratégias e sugestões de melhoria

Foram identificadas duas categorias para a aproximação de práticas. A categoria *Elaborar objetivos completos e ao nível da família (n=2)*, inclui todas as menções à adequação no processo de elaboração de objetivos. A categoria *Divulgação do modelo de IP (n=2)* abrange todas as respostas em que os técnicos consideram necessário desconstruir ideias erradas sobre o modelo de IP.

| Categorias | Exemplos de Unidades de Registo |
|--|--|
| Elaborar objetivos completos e ao nível da família (n=2) | “Procurar fazer objetivos cada vez mais concretos, funcionais e específicos” “Incluir sempre objetivos ao nível da família” |
| Divulgação do modelo de IP (n=2) | “Informar sempre a família o que é a IP. Porque muitas crianças vêm referenciadas para as ELI a pensar no modelo clínico.” |

3.2.6. Implementação e monitorização

O item 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 e 18 da escala foram incluídos na Implementação e monitorização do ciclo de Simeonsson.

Relativamente à origem da discrepância entre prática típica e ideal foram contabilizadas 76 unidades de registo, mas apenas 63 foram selecionadas para categorização. Relativamente às estratégias e soluções de melhoria, foram contabilizadas 54 unidades de registo das quais apenas 45 foram consideradas para categorização.

Nos itens que fazem parte deste ciclo as práticas de qualidade veiculadas na escala são descritas como “os serviços a prestar são decididos tendo como ponto de partida o responsável de caso, adicionando apenas as pessoas necessárias por cada um dos objetivos”, “um responsável de caso trabalha com a família, em consultoria, quando necessária, por parte de profissionais de outras disciplinas”, “as visitas consistem essencialmente quer na consultoria/*coaching* à família acerca das capacidades funcionais da criança assim como nas necessidades ao nível da família”, “as visitas domiciliárias decorrem dos objetivos funcionais, mas a família tem a oportunidade de definir o plano de visita”, “em conjunto, o responsável de caso e a família fornecem informação acerca das necessidades, de possíveis intervenções e do sucesso da intervenção”, “o desenvolvimento da intervenção consiste nas questões colocadas à

família pelo responsável de caso, incluindo *Já experimentou...?*”, “as demonstrações das intervenções ocorrem depois de conversarem acerca da sua implementação nas rotinas diárias e são acompanhadas de discussão entre o técnico de IP e o cuidador”, “o técnico de IP faz consultoria/*coaching* à equipa educativa acerca das intervenções que se desenvolvem nas rotinas da sala, utilizando, quando necessário, a demonstração” e “os técnicos de IP são amigáveis e respeitadores das famílias, respondem às suas necessidades, apoiam as decisões acerca do seu filho e dão-lhes um papel na implementação do plano”.

Origem da Discrepância

Na Implementação e monitorização, foram destacadas sete categorias. A categoria *Recursos Insuficientes* ($n=11$) inclui todas as respostas em que se evidenciam carências a nível de tempo ou de recursos humanos. Na categoria *Dificuldades relativas à família* ($n=20$) foram consideradas todas as respostas em que é referida falta de competência ou outros fatores relativos às famílias. A categoria *Postura dos Profissionais* ($n=7$) inclui todas as unidades de registo em que os profissionais atribuem a discrepância entre prática típica e ideal à relação do profissional com a família. A categoria *Intervenção centrada na criança* ($n=2$) abrange todas as respostas em que há menção da intervenção direta com a criança. A categoria *Problemas na Transdisciplinaridade* ($n=5$) abrange as respostas referentes à consultoria insuficiente ou inexistente. A categoria *Dificuldades relativas à equipa educativa* ($n=16$) inclui as respostas que referem a pouca abertura do contexto educativo para o modelo de IP e a falta de recursos (humanos e materiais) presentes nas salas de creche e jardim-de-infância. A categoria *Falta de Articulação interserviços* ($n=2$) inclui as respostas que evidenciam dificuldades na articulação com entidades referenciadoras.

| Categorias | Exemplos de Unidades de Registo |
|--|--|
| Recursos insuficientes ($n=11$) | “Número excessivo de crianças, incapacidade (recursos humanos) de dar resposta em função do número de crianças referenciadas à ELI” “...há necessidade de envolver mais que um técnico e por razões de horários e tempos existem muitas dificuldades em fazer coincidir os apoios.” |
| Dificuldades relativas à família ($n=20$) | “As famílias são muito fechadas e só querem que o técnico ajude a criança e deixe a família seguir o seu ritmo.” “Nem todas as famílias estão disponíveis, oferecem resistências” “Algumas famílias nem sempre apresentam capacidade de serem um elemento facilitador” |

| | |
|--|---|
| Postura dos profissionais (n=7) | <p>“Nas visitas ao domicílio nunca foi dada oportunidade à família para definir o plano de visita.”</p> <p>“Por vezes conduzimos a conversa, opinando acerca do que as famílias devem fazer”</p> <p>“... a postura dos profissionais em darem menos abertura aos pais”</p> |
| Intervenção centrada na criança (n=2) | <p>“Continuamos a desenvolver uma prática centrada na criança, em vez de apoiar ao nível da consultoria.”</p> |
| Problemas na Transdisciplinaridade (n=5) | <p>“Dependendo do caso há necessidade de os profissionais fazerem visitas separadas.”</p> <p>“... só há o mediador de caso a trabalhar com a família. Não recorre a outros profissionais da equipa”</p> |
| Dificuldades relativas à equipa educativa (n=16) | <p>“Pouca abertura em relação ao modelo por parte dos contextos educativos. Nem sempre nos vêem como parceiros.”</p> <p>“Nem sempre é possível esta prática devido aos constrangimentos que esses profissionais têm nas salas.”</p> <p>“Devido às dinâmicas das salas”</p> <p>“Às vezes é difícil chegar aos educadores e fazer com que entendam a eficácia do nosso modelo. Alguns não estão predispostos a um novo modo de funcionamento”</p> |
| Falta de articulação interserviços (n=2) | <p>“... muitas vezes a entidade referenciadora já encaminhou a família para alguns serviços”</p> |

Estratégias e sugestões de melhoria

Nas respostas relativas às sugestões de melhoria foram identificadas cinco categorias. O *Aumento de Recursos* (n=22) inclui todas as respostas em que são evidenciadas necessidades formativas, de reforço de recursos humanos ou de tempo. A categoria *Divulgação do modelo de IP* (n=13) abrange todas as unidades de registo em que há menção à necessidade de desconstrução de ideias erróneas associadas ao modelo. O *Aumento de recursos da equipa educativa* (n=2) inclui as respostas em que os profissionais referem a necessidade da melhoria de condições para a equipa educativa para trabalhar com o técnico de IP. A categoria *Mudança de postura dos profissionais* (n=5) inclui as unidades de registos em que os profissionais reconhecem a necessidade de um trabalho mais centrado na família e a categoria *Trabalho prévio com as famílias* (n=3) inclui todas as referências à necessidade da família ser acompanhada por outros serviços numa fase anterior à sua entrada no SNIPI de forma a desenvolver algumas competências.

| Categorias | Exemplos de Unidades de Registo |
|-----------------------------------|--|
| Aumento de Recursos (n=22) | <p>“A equipa manter os profissionais e não estar sempre a mudar”</p> <p>“Formação”</p> <p>“Os técnicos terem mais tempo para se deslocar ao domicílio e envolver a família no plano de intervenção.”</p> |
| Divulgação do modelo de IP (n=13) | <p>“ Formação/Ações de sensibilização para compreensão do modelo para pais/educadores/profissionais de saúde”</p> <p>“Informar os contextos acerca do modelo de intervenção em IP...”</p> |

| | |
|---|--|
| Aumento de recursos da equipa educativa (n=2) | “A equipa educativa ter mais apoio na sala” |
| Mudança na postura dos profissionais (n=5) | “Ouvir mais e sugerir menos” “Dar mais oportunidade às famílias de guiarem a visita” |
| Trabalho prévio com as famílias (n=3) | “A família deveria ser previamente trabalhada pela ação social e psicologia para se tornar funcional nas rotinas diárias da criança” |

3.2.7. Avaliação dos Resultados e da Satisfação

O item 19 da escala foi incluído na Avaliação dos Resultados e da Satisfação do ciclo de Simeonsson.

Relativamente à origem da discrepância entre prática típica e ideal foram contabilizadas 6 unidades de registo, mas apenas 3 foram selecionadas para categorização. Relativamente às estratégias e soluções de melhoria, foram contabilizadas 3 unidades de registo sendo as mesmas consideradas para categorização.

Neste item a prática de qualidade veiculada na escala está descrita como “a avaliação e a intervenção centram-se no envolvimento, na independência e nas relações sociais da criança nas suas rotinas diárias”

Origem da Discrepância

Na Avaliação dos resultados e da satisfação destacaram-se duas categorias. A categoria *Dificuldades relativas à família* (n=2) inclui todas as respostas referentes à falta de envolvimento da família. A categoria *Insuficiente intervenção centrada nas rotinas* (n=1) abrange as respostas em que os profissionais mencionam uma intervenção com a criança que não corresponde à recomendada.

| Categorias | Exemplos de Unidades de Registo |
|---|---|
| Dificuldades relativas à família (n=2) | “Quando as famílias não são muito colaborantes...é difícil o seu total envolvimento.” |
| Insuficiente intervenção centrada nas rotinas (n=1) | “Ainda não acontece a 100% intervenções nas rotinas e são desenvolvidas ainda algumas intervenções em atividades ao nível das competências” |

Estratégias e sugestões de melhoria

Nas sugestões enunciadas pelos profissionais surge a *Intervenção centrada nas rotinas* ($n=1$) em que se incluíram todas as respostas em que os profissionais reconhecem a importância das rotinas para o sucesso da intervenção e a necessidade de se investir na *Divulgação do modelo de IP* ($n=2$) em que as respostas consideradas referem a necessidade de desconstrução de ideias ligadas ao modelo de IP.

| Categorias | Exemplos de Unidades de Registo |
|--|--|
| Intervenção centrada nas rotinas ($n=1$) | “Melhorar na elaboração de objetivos, de acordo com as rotinas” |
| Divulgação do modelo de IP ($n=2$) | “Desconstruir a ideia de associar a intervenção da ELI ao modelo médico” |

4. Reflexões Finais

Tendo como guião os objetivos deste estudo, nesta reflexão serão tidos em conta dados quantitativos e qualitativos, sendo os dois agregados sempre que se considerar pertinente.

- 1) Como avaliam os profissionais as práticas habituais das equipas onde trabalham

Os resultados descritivos presentes no estudo permitiram-nos concluir que a prática ideal apresenta valores médios superiores em todos os itens por relativamente à prática típica, tal como corroboram estudos realizados por Rantala, Uotinen & McWilliam (2009), Augusto (2012) e Moreira (2013). Os resultados descritivos permitem-nos ainda verificar que a perceção dos profissionais face à sua prática típica vai ao encontro das práticas de qualidade. Apesar disso, os profissionais ainda não realizam o seu trabalho com base nas práticas que consideram as ideais.

- 2) Correspondência entre o conceito de prática ideal veiculado na escala e o conceito de prática ideal dos profissionais

Foi também possível verificar que a prática ideal das ELI do distrito do Porto se aproxima da prática ideal veiculada pela escala FINESSE II, o que contribui para validar a escala e mostrar que as práticas recomendadas internacionalmente são também aquelas que os técnicos consideram como sendo as ideais. Assim, os profissionais inquiridos consideram que a prática ideal se encontra entre a classificação 6 e 7 da escala em todos os itens. O caso do item 8 (Resultados e Objetivos/Individuais) merece algumas considerações adicionais, uma vez que a maior percentagem de técnicos considera que a prática ideal é a que corresponde ao valor 5 “os planos têm menos de 6 objetivos, alguns são objetivos da criança focados na participação e outros são objetivos ao nível da família”. Atendendo à informação qualitativa é possível verificar que os profissionais consideram 6 a 12 objetivos um número demasiado elevado e por isso não concordam com os critérios da escala. Mais de metade dos participantes concorda com

esta posição, pelo que poderá haver a necessidade de discutir os pressupostos defendidos no modelo com os técnicos que não partilham desta opinião.

3) Discrepâncias entre práticas típicas e ideais

O item que apresenta uma menor discrepância entre a prática típica e ideal é o 18 (Trabalho com as Família) mostrando-nos que a prática usada pelos profissionais está muito próxima daquela que estes consideram como a ideal.

O item 4 (Apoios) apresenta simultaneamente a maior discrepância entre práticas e também os valores médios mais baixos na avaliação feita pelos profissionais à prática típica. É possível concluir que a prática típica dos profissionais neste item é aquela que se encontra mais distante da que é recomendada internacionalmente. Por outro lado, verifica-se que ao nível da prática ideal os profissionais atribuem valores elevados. Os resultados da análise qualitativa apresentam informação adicional quando considerados os fatores que justificam esta discrepância que, segundo os técnicos das ELI do distrito, não usam a prática ideal porque recorrem a outros métodos (que não o Ecomapa) ($n=12$), como por exemplo entrevistas informais ou questionários produzidos pela própria equipa, ou não há uma exploração dos apoios/nível de suporte ($n=8$) tal como é previsto no instrumento Ecomapa. São também mencionados como motivos para a discrepância a falta de tempo ou formação ($n=2$) ou por características da família e do contexto ($n=3$).

4) Comparação das perceções dos técnicos em função dos anos de experiência e categoria profissional

Concluiu-se ainda neste estudo que existem diferenças significativas na avaliação feita à prática típica e na prática que os profissionais consideram como sendo a ideal, em função dos seus anos de experiência. Tal conclusão é confirmada no estudo de Moreira (2013). Já o estudo levado a cabo por Augusto (2012) com profissionais de ELI do Alentejo não corrobora estes resultados, não tendo sido encontradas diferenças significativas nas práticas (típica e ideal) quando comparados anos de experiência em IP. O autor usou como ponto de corte os 4 anos para a definição dos dois grupos dos anos de experiência em IP.

Verificou-se ainda que quando comparadas categorias profissionais, estas diferem significativamente na prática que consideram como sendo ideal. Educadoras de infância tendem a concordar mais com o conceito de prática ideal veiculado na escala relativamente a médicos e enfermeiros. Os resultados qualitativos poderão dar informação adicional para a interpretação destes resultados, uma vez que os profissionais consideram que profissionais de saúde estão ainda muito ligados ao modelo médico “os médicos terem formação sobre o modelo de Intervenção Precoce (ainda mantêm o modelo clínico)”, o que contraria o conceito de prática ideal proposto na escala.

5) Fatores que justificam a discrepância entre práticas típicas e ideais e sugestões para as aproximar do ponto de vista dos profissionais

Tal como descrito no procedimento de análise de dados, recorreremos ao Ciclo de Intervenção de Simeosson para realizar a análise de conteúdo. Esta decisão teve por base as similaridades entre os itens da escala FINESSE II e as fases do ciclo de intervenção. Apesar disso, há duas fases do ciclo de intervenção que não são avaliadas por nenhum item da escala de McWilliam: Programa de monitorização e Transição. Tal poderá ser considerada uma limitação da escala na avaliação feita a Equipas Locais de Intervenção, uma vez que não abrange todas as fases do processo de Intervenção Precoce. Poderia ser interessante avaliar também estas dimensões, dando-nos uma ideia mais completa das práticas usadas pelos profissionais de IP e aquelas que estes consideram como sendo ideais em todo o processo de IP: desde que a criança é referenciada até ao momento da sua transição.

Ao longo da análise de conteúdo e numa leitura transversal das respostas, agrupando a opinião sobre a origem das discrepâncias e as sugestões de melhoria, tornou-se evidente a repetição de algumas categorias que emergiam ao longo de todas as etapas do ciclo de Simeonsson e que serão discutidas em seguida. São problemáticas que se destacam em todas as fases do processo de IP, segundo a perspetiva dos profissionais inquiridos e relevantes para caracterizar o ponto de vista mais global acerca das práticas em IP.

A temática mais frequente nas respostas dos profissionais é a *Sobrecarga de trabalho dos técnicos e a necessidade de reforço das equipas* (n=39). Nesta categoria foram contabilizadas todas as referências à “falta de recursos” e “sobrecarga de

trabalho”, havendo a necessidade de “reduzir o número de famílias por técnico e aumentar o número de horas para reuniões entre técnicos, assim como aumentar o número de técnicos por equipa”.

A *Necessidade Formativa dos técnicos* (n=24) também surge transversalmente em muitos itens, sendo mencionado pelos técnicos a necessidade de “mais formação gratuita”, uma vez que consideram que “a falta de formação na área da IPI é um grande obstáculo”.

Muitos profissionais consideram que o *Foco do problema está na família* (n=21). Nesta categoria transversal encontram-se referências às “resistências da família” em envolver-se no processo, à “incapacidade de serem um elemento facilitador”, à “dificuldade em acreditar em si mesmos como promotores de mudança” e a “continuarem a ver o técnico como alguém para trabalhar com a criança e não com eles em conjunto”. Pelo contrário há profissionais que consideram que o *Foco do problema está na postura do técnico com a família* (n=13), em que “os profissionais ainda têm que evoluir no papel/importância que dão às sugestões das famílias” e “avaliar sem juízo de valor”, uma vez que segundo um dos técnicos “não é por sermos profissionais que somos os donos da razão”. Importa ainda refletir sobre o facto de existirem mais atribuições aos problemas relacionados com a família relativamente aos problemas associados à postura dos técnicos.

Outro dos temas transversais é a *Falta de uniformidade intra-equipas e inter-equipas* (n=17) referido pelos vários profissionais pela ausência de “uniformização de práticas”. De forma a contrariar a prevalência do modelo médico e de forma a contribuir para a mudança de paradigma, os profissionais referem a *Necessidade de divulgação do modelo a famílias, profissionais de saúde e educação* (n=16), sendo necessário “mais formação/informação para famílias/profissionais para que compreendessem e aceitassem o modelo”.

Um outro tópico transversal é a *Discordância com o modelo* (n=14) que surge associado a expressões como “quem precisa de apoio é a criança e não a família” e “...ainda que seja preconizado pelo modelo não parece ser o ideal, pois é demasiado radical”, havendo mesmo a manifestação explícita que “há elementos que não acreditam no modelo nem nesta forma de trabalho.” Este é outro aspeto importante, uma vez que os profissionais manifestam discordância com alguns pressupostos defendidos pelo modelo. A sua prática será tanto mais próxima da recomendada internacionalmente quanto mais os profissionais as interiorizarem como as ideais para o seu trabalho em IP.

Há ainda a referência à *Prevalência do modelo médico como obstáculo* (n=9) que se evidencia através de expressões como “os médicos nas fichas de referenciação continuam a prescrever terapias” e “muitas famílias e outros cuidadores ainda acreditam que o modelo clínico terá mais impacto”.

A última categoria que destacamos é a *Mudança de paradigma como um processo* (n=8), a qual evidencia a ideia de que a mudança “é feita de forma gradual”, e que se trata de um “processo evolutivo” e que requer tempo. Este é um aspeto relevante, uma vez que as mudanças necessitam de tempo, nomeadamente para se interiorizarem os pressupostos da IP.

6) Ecologia da IP – obstáculos e sugestões de melhoria com vista a práticas de qualidade

Por último iremos responder ao último objetivo do trabalho situando de acordo com o modelo ecológico os obstáculos percecionados pelos técnicos, bem como as respetivas propostas para os ultrapassar.

Recorremos a algumas categorias resultantes da análise de conteúdo e situamos os fatores que, do ponto de vista dos profissionais, explicam as discrepâncias entre as práticas típicas e ideais e analisamo-las numa perspetiva ecológica.

A figura que se segue apresenta os diferentes níveis do modelo ecológico, assumindo como central o processo de desenvolvimento da criança e a sua família. Neste mapa, foram introduzidos os fatores que, do ponto de vista dos profissionais, explicam as discrepâncias por eles percecionadas entre práticas típicas e práticas ideais.

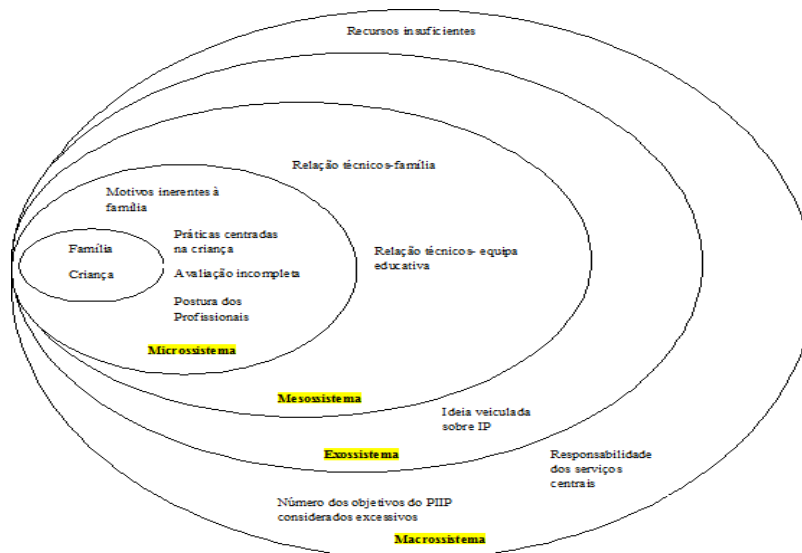


Figura 4. Modelo ecológico com mapeamento dos fatores implicados nas discrepâncias entre práticas típicas e ideais

Na figura apresentada procedeu-se à distribuição das categorias identificadas pela análise de conteúdo, pelos vários níveis do modelo ecológico proposto por Bronfenbrenner. Muitos dos obstáculos às práticas de qualidade nomeados, situam-se no **Microsistema** tais como problemáticas ligadas aos sistemas mais próximos da família e criança, aspetos ligados diretamente às Equipas Locais de Intervenção (*postura dos profissionais, avaliação incompleta, práticas centradas na criança*). Também os *motivos inerentes à família* (falta de capacidades da família para colaborar na intervenção) foram considerados neste nível, visto ser a família um microsistema essencial do ponto de vista da IP. No **Mesosistema** encontramos as categorias que dizem respeito à relação entre dois ou mais sistemas relevantes para a família e para a criança: *relação técnico-equipa educativa* e *relação técnico-família*. No **Exossistema** encontram-se as categorias que, ainda que não influenciem diretamente a criança ou a família, têm mesmo assim uma influência sobre o processo de desenvolvimento da criança e sobre a intervenção. Neste nível foram incluídas a *ideia veiculada sobre IP* partilhada, entre outros, por profissionais de saúde e de educação (entidades referenciadoras) que partilham ideias ligadas ao modelo médico como é descrito pelos técnicos. No **Macrossistema** incluímos todas as categorias relacionadas com aspetos mais globais e relativos a procedimentos e orientações superiormente determinadas, que têm a ver com o próprio SNIPI e com a estrutura das ELI, sendo por isso aspetos menos passíveis de alteração pelos técnicos. Foram posicionados neste nível o *número excessivo de objetivos*, *recursos insuficientes* e *responsabilidades dos serviços centrais*.

Idêntico trabalho foi efetuado relativamente às estratégias e sugestões de melhoria propostas pelos profissionais das ELI do distrito do Porto, apresentados na figura que se segue.

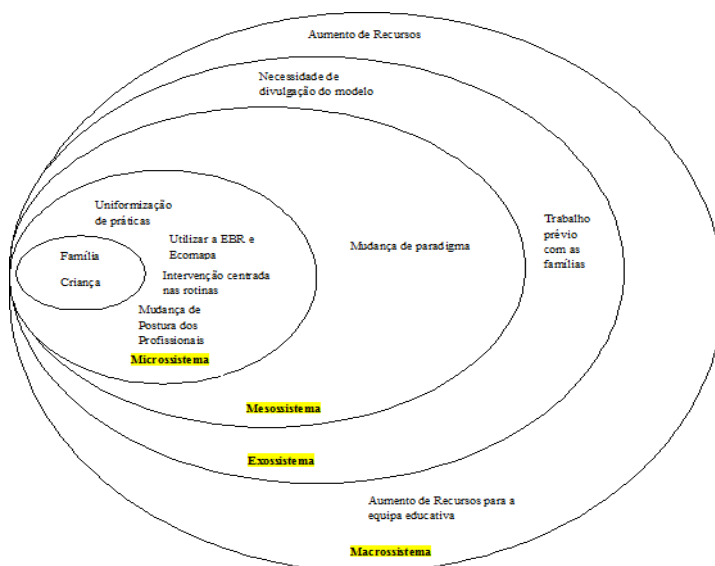


Figura 5. Modelo ecológico de organização de variáveis das sugestões de melhoria dos profissionais para aproximar práticas

No **Microsistema** foram incluídas todas as estratégias propostas pelos profissionais para aproximar a sua prática típica daquela que consideram ideal, cuja resolução depende das próprias ELI e podem ser levadas a cabo pelos profissionais das mesmas: *uniformização de práticas, utilizar a EBR e o Ecomapa, intervenção centrada nas rotinas e mudança de postura dos profissionais*. No **Mesosistema** incluímos a categoria *mudança de paradigma*, uma vez que esta pode ser desencadeada através da relação dos técnicos com famílias e profissionais envolvidos (saúde e equipa educativa), se os profissionais de IP difundirem os pressupostos do modelo e consciencializarem os demais para o mesmo. As propostas de soluções incluídas no **Exossistema** dizem respeito à *necessidade de divulgação do modelo* não só para os profissionais e famílias envolvidas, mas numa perspetiva geral em que a sociedade devia ter consciência do modelo de IP e dos seus pressupostos. Também o *trabalho prévio com as famílias* é incluído neste nível, uma vez que os técnicos sugerem que as famílias sejam trabalhadas por estruturas externas antes de iniciarem o seu processo no SNIPI. A um nível mais distante, encontramos as estratégias contidas no **Macrosistema** que dizem respeito às

políticas de recursos da ELI e das equipas educativas, sendo defendido pelos técnicos a necessidade de um *aumento de recursos* ao nível das equipas (recursos humanos, formativos e de tempo) e um *aumento de recursos para a equipa educativa* (mais apoio nas salas de creche e jardim-de-infância).

Como se pode verificar pela apreciação das duas figuras apresentadas, em ambos os casos os fatores apontados encontram-se maioritariamente ao nível do microsistema. Por outras palavras, tanto os obstáculos encontrados como as sugestões apresentadas para os ultrapassar parecem estar ao alcance das equipas, segundo a sua própria perceção.

Os resultados do estudo, nomeadamente ao nível da origem da discrepância e as estratégias e sugestões de melhoria dadas pelos profissionais das ELI do distrito do Porto evidenciam que ainda há muito trabalho a ser feito com estes profissionais de forma a facilitar a prática ideal. Por outro lado, a disseminação do modelo de IP, dos seus pressupostos e da sua eficácia junto das entidades referenciadoras, das comunidades e do público em geral são aspetos apontados e que merecem a atenção das entidades responsáveis. Esta disseminação é um processo moroso, mas que não deve ser menosprezado, e que poderá contribuir para um maior ajuste a nível das expectativas e facilitar a intervenção dos técnicos e das equipas junto das famílias, tendo em vista melhorar a qualidade das suas práticas e os resultados conseguidos.

É de realçar a maturidade demonstrada na reflexão dos técnicos, o que poderá significar abertura por parte destes para algumas mudanças. O facto de os profissionais terem sugerido estratégias e sugestões de melhoria deverá ser levado em consideração, uma vez que são os próprios técnicos, que vivenciam estas dificuldades, que propõem formas de as ultrapassar.

Algumas das diferenças encontradas entre a opinião de técnicos com mais e menos experiência, e as diferenças entre o grupo dos educadores e os profissionais de saúde, são também na nossa opinião merecedoras de atenção em estudos futuros.

5. Limitações do Estudo

Este estudo abrange apenas o distrito do Porto, seria necessário verificar se as opiniões dos técnicos são idênticas em outros distritos.

Seria interessante complementar este estudo com grupos focais ou entrevistas para obter informação complementar e confirmar ou infirmar algumas das respostas.

Finalmente, reconhecemos que, tendo em conta a riqueza dos comentários obtidos e apresentados, a apreciação feita ao longo deste trabalho está limitada, assumindo uma dimensão essencialmente descritiva, e que outras análises poderiam ser feitas ao material recolhido. Os constrangimentos de tempo e de espaço a que trabalhos desta natureza estão sujeitos não nos permitiram contudo ir mais além. Consideramos mesmo assim que a recolha desta informação constituiu um contributo relevante para a compreensão do trabalho das equipas de IP no contexto do norte do país e quem sabe, mais um passo no sentido de um trabalho de qualidade com crianças e famílias.

Referências Bibliográficas

- Aleixo, E. (2014). *Práticas de Intervenção Precoce centradas nos contextos naturais e o seu contributo para a promoção do desenvolvimento de uma criança*. Tese de Mestrado Não-Publicada, Escola Superior de Educação, Coimbra
- Almeida, I. C. (2004). Intervenção Precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade?. *Análise Psicológica*, XXIX (1), 65-72
- Almeida, C. (2013). *Transdisciplinaridade em Intervenção Precoce na Infância: Perceção de uma Equipa Local de Intervenção*. Tese de Mestrado Não-Publicada., Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa
- Almeida, I. C., Carvalho, L., Ferreira., V., Grande, C., Lopes, S., Pinto, A. I., Portugal, G., Santos, P e Serrano, A.M. (2011). Práticas de intervenção precoce baseadas nas rotinas: um projeto de formação e investigação. *Análise Psicológica*, XXIX, 83-98
- ANIP (2016) *Práticas recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um guia para profissionais*. (1ª ed.). Coimbra: ANIP.
- Amado, J. & Cardoso, A. P. (2013). A investigação-ação e suas modalidades. In J. Amado (Coord.), *Manual de investigação qualitativa em educação* (pp. 308-348). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Augusto, H. (2012). *Práticas atuais e ideais em Intervenção Precoce no Alentejo: Perceções dos Profissionais*. Tese de Mestrado Não-Publicada, Instituto Superior de Educação e Ciências
- Bhering, E. & Sarkis, A. (2009). Modelo Bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner: implicações para as pesquisas na área da Educação Infantil. *Horizontes*, 2(2), 7-20
- Caldeira, Z., Seixas, S., Picalho, I. (2017). Intervenção Baseada nas Rotinas. *Revista da UIIPS*, 5 (1) 62-80

- Cardoso, M. A. F. G. (2006). *Programas de intervenção precoce e a intervenção centrada na família: Avaliação no Distrito de Santarém*. Tese de Mestrado Não-Publicada, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- Carvalho. O. (2011). *De pequenino se torce o destino: o valor da intervenção precoce*. Livpsic. 85-89
- CERCIMA (2018). Relatório de Atividades Intervenção Precoce. Acedido em 05 de Maio de 2018, em <http://www.cercima.pt/m/3505/relat-rio-atividades-ip-2017.pdf>
- Carvalho, J. (2015). O papel do terapeuta da fala numa equipa local de intervenção. Instituto Politécnico do Porto
- Decreto-Lei nº3/2008. Diário da República, I Série, N.º 4, de 7 de Janeiro de 2008, pp. 154-164
- Decreto-Lei nº 281/2009. Diário da República, I Série, N.º 193, de 6 de Outubro de 2009, pp. 7298-7301
- Despacho Conjunto n.º 891/99 de 19 de Outubro do Ministério da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. Diário da República: 2.ª série, N.º 244.
- Dunst, C. J. (2000). *Apoiar e Capacitar as Famílias em Intervenção Precoce: O que Aprendemos?*. In: Correia, L. M. e Serrano, A. M. (orgs.). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família*. Porto, Porto Editora
- Guralnick, M. J. (2005). *An overview of the developmental systems model for early intervention*. In M. J. Guralnick (Ed.) *The developmental systems approach to early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Cº.
- Machado, M., Santos, P., Espe-Sherwindt, M. (2017). Envolvimento participativo de famílias no processo de apoio em Intervenção Precoce. *Saber & Educar: Contornos da Educação Inclusiva na Perspetiva da Lei e das Respostas Educativas* (23) 122-137

- Martins, E. & Szymanski, H. (2004). *A Abordagem Ecológica de Urie Bronfenbrenner em Estudos com Famílias*. Acedido em 15 de Janeiro 2018, em <http://www.revispsi.uerj.br/v4n1/artigos/Artigo%205%20-%20V4N1.htm>
- Moreira, M. (2013). *Perceções dos Profissionais da Intervenção Precoce de Coimbra: Práticas Típicas e Práticas Ideais*. Tese de Mestrado Não-Publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra
- Pereira, A. P. S. (2003). *Práticas centradas na família: Identificação de comportamentos para uma prática de qualidade no distrito de Braga*. Tese de Mestrado Não-publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Pinto, A. (2006). *O Envolvimento da Criança em Contexto de Creche: os efeitos de características da criança, da qualidade do contexto e das interações educativas*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto
- Pinto, A.I., Grande, C., Aguiar, C., Almeida, I. C., Felgueiras, I., Pimentel, J.S., Serrano, A.M., Carvalho, L., Brandão, M.T., Boavida, T., Santos, Paula & Lopes-dos-Santos, P. (2012). *Early Childhood Intervention in Portugal: an Overview based on the Developmental Systems Model*. *Infants & Young Children*, 25(4), 310-322
- Pimentel, J. S. (2005). *Intervenção focada na família: Desejo ou realidade – Perceções de pais e profissionais sobre as práticas de apoio precoce a crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração da Pessoa com Deficiência.
- Rantala, A., Uotinen, S., & McWilliam, R. A. (2009). Providing early intervention within natural environments: A cross- cultural comparison. *Infants & Young Children*, 22(2), 119-131.
- Sameroff, A. J., & Mackenzie, M. J. (2003). *A Quarter century of the transactional model of child development: How have things changed? Zero to three*, 14-22

ANEXOS

Anexo A: Ficha de Caracterização dos Profissionais



FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Esta ficha tem como objetivo principal caracterizar cada Equipa Local de Intervenção tendo por base os profissionais que a integram. Os dados recolhidos na mesma serão mantidos sigilosos e serão utilizados unicamente para o presente estudo.

Equipa Local de Intervenção: _____

| | | | | |
|--------------|--|----------------|-----------|--|
| Idade | | Género: | Masculino | |
| | | | Feminino | |

Categoria Profissional:

| | | | | | |
|---------------|--|-----------------------|--|-------------------------|--|
| Médico(a) | | Terapeuta da Fala | | Assistente Social | |
| Enfermeiro(a) | | Fisioterapeuta | | Educador(a) de Infância | |
| Psicólogo(a) | | Terapeuta Ocupacional | | | |

Outra: _____

Habilitações Profissionais:

| | | | | | | | |
|-------------|--|--------------|--|----------|--|--------------|--|
| Bacharelato | | Licenciatura | | Mestrado | | Doutoramento | |
|-------------|--|--------------|--|----------|--|--------------|--|

Outra: _____

| | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|
| Anos de Experiência em IP | | Número de horas na ELI /semana | |
| Tempo de trabalho nesta ELI (em anos) | | | |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Formação relevante para IP | |
|-----------------------------------|--|

Como caracteriza o trabalho desenvolvido na sua equipa?

Monodisciplinar

Multidisciplinar

Interdisciplinar

Transdisciplinar

Por favor justifique com aspetos concretos a sua resposta à alínea anterior.

Obrigada pela colaboração!

Anexo B: FINESSE II – Escala de Avaliação de Serviços dirigidos a Famílias em Contextos Naturais

FINESSE II

Associação Nacional de Intervenção Precoce

Escala de Avaliação de Serviços dirigidos a Famílias em Contextos Naturais

R. A. McWilliam

2011

Siskin Children's Institute, Chattanooga, Tennessee, EUA

Versão original de 2000

Instruções: Ao cotar cada item, leia, em primeiro lugar, todas as descrições. Na escala anterior a cada descrição, faça um círculo em redor do número que melhor representa a sua prática comum. Na escala que se segue a cada descrição, circule o número que representa aquilo que gostaria de fazer nesse item (prática ideal).

Traduzido e adaptado por Cristina Damas Moreira, Carla Lança, Leonor Carvalho e Teresa Sousa Machado, no âmbito da Tese de Mestrado Integrado da primeira autora realizada no SNIPI – Distrito de Coimbra, sob orientação da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Versão original de R. A. McWilliam, 2011
Traduzido e adaptado por Cristina Damas Moreira, Carla Lança, Leonor Carvalho e Teresa Sousa Machado
Abril de 2013



1. Descrição Escrita dos Programas (brochuras, flyers, etc.)

Prática Típica

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|--|---|--|
| A documentação escrita descreve exclusivamente serviços dirigidos à criança, tais como terapia e ensino. | | A documentação escrita dá ênfase aos serviços dirigidos à criança, tais como terapia e ensino. | | A documentação escrita refere o suporte emocional, informativo e material dirigido às famílias. | | A documentação escrita dá ênfase ao suporte emocional, informativo e material dirigido às famílias. |

Prática Ideal

Se existe discrepância entre a prática típica e a ideal, porquê?

2. Referenciação Inicial/apresentação do serviço

Prática Típica

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|--|---|---|---|---|
| A pessoa que apresenta o serviço, descreve o programa apenas em termos de terapias e ensino dirigido às crianças. | | A pessoa que apresenta o serviço, descreve o programa essencialmente em termos de intervenções dirigidas às crianças. | | A pessoa que apresenta o serviço, descreve o programa essencialmente em termos de intervenções dirigidas à criança e faz referência ao apoio às famílias. | | A pessoa que apresenta o serviço, descreve o programa essencialmente em termos de apoio às famílias. |

Prática Ideal

Se há discrepância entre a prática típica e a ideal, porquê?

Versão original de R. A. McWilliam, 2011
Traduzido e adaptado por Cristina Damas Moreira, Carla Lança, Leonor Carvalho e Teresa Sousa Machado
Abril de 2013



3. Primeiros Contatos

Prática Típica

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|--|---|---|---|---|
| Não é utilizado nenhum procedimento sistemático para determinar os recursos das famílias. | | As famílias são questionadas sobre as suas preocupações, prioridades e recursos. | | É realizada uma conversa com a família para averiguar quais os apoios e recursos de que dispõe. | | É efetuado um ecomapa para determinar os recursos formais e informais da família e com quem vive a criança. |

Prática Ideal

Se há discrepância entre a prática típica e a ideal, porquê?

4. Apoios

Prática Típica

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|--|---|---|
| Durante o desenvolvimento do PIAF, os únicos apoios identificados são os principais prestadores de cuidados à criança e os serviços já recebidos. | | Os apoios formais e informais são descritos sem indicação do nível de suporte que cada um presta. | | É utilizado um questionário oral ou escrito para averiguar quais os recursos da família, com indicação do nível de suporte que cada um presta. | | O ecomapa é utilizado para averiguar os membros da família alargada, amigos, vizinhos, apoios religiosos, recursos profissionais e financeiros, com indicação do nível de suporte que cada um presta. |

Prática Ideal

Se há discrepância entre a prática típica e a ideal, porquê?

Versão original de R. A. McWilliam, 2011
Traduzido e adaptado por Cristina Damas Moreira, Carla Lança, Leonor Carvalho e Teresa Sousa Machado
Abril de 2013



5. Avaliação das Necessidades

Prática Típica

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|---|---|---|---|--|
| Praticamente nenhuma avaliação das necessidades é realizada. São utilizados sobretudo os resultados dos testes na planificação das intervenções. | | Para além das avaliações formais por referência à norma, são realizadas avaliações formais por referência a critérios (checklists/currículos) para a planificação das intervenções. | | As rotinas diárias são tidas em conta, mas a avaliação é planeada por áreas de desenvolvimento. | | Para além dos testes, são utilizados métodos informais para determinar o envolvimento, a independência e as relações sociais da criança nas rotinas diárias. |

Prática Ideal

Se há discrepância entre a prática típica e a ideal, porquê?

6. Necessidades da Família

Prática Típica

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|---|---|--|---|---|
| É perguntado às famílias quais são as suas necessidades. | | As famílias preenchem um questionário acerca das suas necessidades. | | As necessidades da família são identificadas informalmente, mas não lhes é questionado diretamente quais as mudanças que desejam ver nas suas vidas. | | As necessidades da família são identificadas através de conversas informais ou semi-estruturadas acerca das rotinas diárias, bem como através de questões diretas sobre as mudanças que desejam ver nas suas vidas. |

Prática Ideal

Se há discrepância entre a prática típica e a ideal, porquê?

Versão original de R. A. McWilliam, 2011
Traduzido e adaptado por Cristina Damas Moreira, Carla Lança, Leonor Carvalho e Teresa Sousa Machado
Abril de 2013



7. Satisfação com as Rotinas diárias

Prática Típica

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|--|---|--|---|---|
| Na planificação das intervenções, não é perguntado às famílias qual a sua satisfação em relação às rotinas diárias. | | Os profissionais decidem quais as rotinas que funcionam bem com cada família. | | É questionada às famílias qual a satisfação com as suas rotinas diárias, mas essa satisfação não é pontuada . | | É pedido às famílias que classifiquem a sua satisfação com cada rotina numa escala de 1 (negativo) a 5 (positivo). |

1 2 3 4 5 6 7

Prática Ideal

Se há discrepância entre a prática típica e a ideal, porquê?

8. Resultados/Objetivos Individuais

Prática Típica

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|--|---|--|
| Os planos incluem apenas objetivos ao nível da criança, não especificando o nível de participação nem objetivos ao nível da família. | | Os planos incluem objetivos ao nível da criança que não especificam a participação e não incluem objetivos ao nível da família . | | Os planos têm menos de 6 objetivos, alguns são objetivos da criança focados na participação e outros são objetivos ao nível da família. | | Os planos incluem entre 6 a 12 objetivos , alguns são objetivos da criança focados na participação e outros são objetivos ao nível da família. |

1 2 3 4 5 6 7

Prática Ideal

Se há discrepância entre a prática típica e a ideal, porquê?

Versão original de R. A. McWilliam, 2011

Traduzido e adaptado por Cristina Damas Moreira, Carla Lança, Leonor Carvalho e Teresa Sousa Machado
Abril de 2013



9. Especificidade dos Resultados/Objetivos

Prática Típica

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|--|---|---|
| Os objetivos ao nível da criança não especificam o comportamento , mas apenas a área (e.g., o João vai comunicar). | | Os objetivos ao nível da criança especificam o comportamento , mas não os critérios para a sua aquisição e generalização ou em que período de tempo. | | Os objetivos ao nível da criança especificam o comportamento e os critérios para a sua aquisição , mas não para a generalização ou em que período de tempo. | | Os objetivos ao nível da criança especificam o comportamento e os critérios para a sua aquisição, generalização e em que período de tempo. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Prática Ideal

Se há discrepância entre a prática típica e a ideal, porquê?

10. Tomada de decisão acerca dos Serviços

Prática Típica

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|--|---|---|
| As decisões acerca dos serviços a prestar são tomadas com base no atraso ou diagnóstico da criança . | | As decisões acerca dos serviços a prestar são tomadas com base nos resultados/objetivos , sendo os profissionais atribuídos em função das áreas dos objetivos . | | Os serviços a prestar são decididos tendo como ponto de partida o responsável de caso , adicionando outros elementos da equipa, pelo que todos os PLAF têm uma equipa de múltiplos profissionais . | | Os serviços a prestar são decididos tendo como ponto de partida o responsável de caso , adicionando apenas as pessoas necessárias por cada um dos objetivos. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Prática Ideal

Se há discrepância entre a prática típica e a ideal, porquê?

Versão original de R. A. McWilliam, 2011
Traduzido e adaptado por Cristina Damas Moreira, Carla Lança, Leonor Carvalho e Teresa Sousa Machado
Abril de 2013



11. Transdisciplinaridade da Intervenção Precoce (escreva NA se não se aplicar)

Prática Típica

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Dois ou mais prestadores de serviços trabalham com a família em momentos diferentes existindo pouca comunicação entre cada um deles. | | Dois ou mais prestadores de serviços trabalham com a família em momentos diferentes e comunicam entre eles. | | Um prestador de serviço contacta maioritariamente com a família, mas outros profissionais fazem visitas separadas (sem o responsável de caso). | | Um responsável de caso trabalha com a família, em consultoria , quando necessária, por parte de profissionais de outras disciplinas. |

1

2

3

4

5

6

7

Prática Ideal

Se há discrepância entre a prática típica e a ideal, porquê?

12. Práticas das Visitas Domiciliárias

Prática Típica

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|--|---|---|---|---|
| As visitas consistem essencialmente no trabalho direto do responsável de caso com a criança . | | As visitas consistem essencialmente na demonstração , pelo responsável de caso, de técnicas à família, cujo papel principal é observar | | As visitas consistem essencialmente em consultoria/coaching à família acerca das capacidades funcionais da criança, mas não se centram nas necessidades ao nível da família. | | As visitas consistem essencialmente quer na consultoria/coaching à família acerca das capacidades funcionais da criança assim como nas necessidades ao nível da família . |

1

2

3

4

5

6

7

Prática Ideal

Se há discrepância entre a prática típica e a ideal, porquê?

Versão original de R. A. McWilliam, 2011
Traduzido e adaptado por Cristina Damas Moreira, Carla Lança, Leonor Carvalho e Teresa Sousa Machado
Abril de 2013



13. Plano das Visitas Domiciliárias

Prática Típica

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|--|---|--|
| As visitas domiciliárias consistem nas atividades que o responsável de caso vai realizar com a criança. | | As visitas domiciliárias consistem na combinação de atividades do profissional/criança e de conversas entre o profissional e a família. | | As visitas domiciliárias são, quase exclusivamente, pré-determinadas pelos resultados/objetivos do PLAF. | | As visitas domiciliárias decorrem dos objetivos funcionais, mas a família tem a oportunidade de definir o plano da visita. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Prática Ideal

Se há discrepância entre a prática típica e a ideal, porquê?

14. Aprendizagem do Adulto e Consultoria/Coaching

Prática Típica

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|--|---|---|---|--|
| O responsável de caso determina quais são as necessidades, diz à família o que deve ser feito e avalia o sucesso da família na implementação da intervenção. | | O responsável de caso faz sugestões acerca das necessidades identificadas pelos profissionais. | | O responsável de caso faz sugestões acerca das necessidades identificadas pela família, com pouco envolvimento desta. | | Em conjunto, o responsável de caso e a família fornecem informação acerca das necessidades, de possíveis intervenções e do sucesso da intervenção. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Prática Ideal

Se há discrepância entre a prática típica e a ideal, porquê?

Versão original de R. A. McWilliam, 2011
 Traduzido e adaptado por Cristina Damas Moreira, Carla Lança, Leonor Carvalho e Teresa Sousa Machado
 Abril de 2013

15. Consultoria à Família

Prática Típica

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|---|---|---|---|--|
| O desenvolvimento da intervenção consiste, sobretudo, naquilo que o responsável de caso diz à família que deve tentar fazer. | | O desenvolvimento da intervenção consiste nas sugestões dadas à família pelo responsável de caso. | | O desenvolvimento da intervenção consiste nas sugestões dadas à família pelo responsável de caso e com o contributo da família. | | O desenvolvimento da intervenção consiste nas questões colocadas à família pelo responsável de caso, incluindo <i>Já experimentou _____?</i> |

Prática Ideal

Se há discrepância entre a prática típica e a ideal, porquê?

16. Demonstração aos Prestadores de Cuidados

Prática Típica

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|--|---|--|---|--|
| O profissional de Intervenção Precoce trabalha com a criança para demonstrar ao cuidador como fazer, com pouca discussão/partilha. | | O técnico de IP trabalha com a criança para demonstrar ao cuidador, explicando o que ele está a fazer. | | As demonstrações são acompanhadas da discussão entre o técnico de IP e o cuidador, mas não são precedidas por conversa acerca de determinada capacidade. | | As demonstrações das intervenções ocorrem depois de conversarem acerca da sua implementação nas rotinas diárias e são acompanhadas de discussão entre o técnico de IP e o cuidador. |

Prática Ideal

Se há discrepância entre a prática típica e a ideal, porquê?

Versão original de R. A. McWilliam, 2011
Traduzido e adaptado por Cristina Damas Moreira, Carla Lança, Leonor Carvalho e Teresa Sousa Machado
Abril de 2013



17. Práticas de Visita na Comunidade

Prática Típica

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|--|---|---|---|---|
| O técnico de IP trabalha diretamente com a criança no desenvolvimento de capacidades que podem, ou não, ser relevantes para as rotinas da sala. | | O técnico de IP trabalha diretamente com a criança no desenvolvimento de capacidades que encaixam nas rotinas da sala, mas perde pouco tempo na consultoria/coaching junto da equipa educativa. | | O técnico de IP faz consultoria/coaching à equipa educativa no nível das intervenções que se desenvolvem nas rotinas da sala, mas com pouca demonstração. | | O técnico de IP faz consultoria/coaching à equipa educativa acerca das intervenções que se desenvolvem nas rotinas da sala, utilizando, quando necessário, a demonstração. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Prática Ideal

Se há discrepância entre a prática típica e a ideal, porquê?

18. Trabalho com as Famílias

Prática Típica

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|--|---|--|---|--|
| Os técnicos de IP são amigáveis e respeitadores das famílias, mas não apoiam as suas decisões acerca do seu filho, não respondem às suas necessidades nem lhes dão um papel na implementação do plano. | | Os técnicos de IP são amigáveis e respeitadores das famílias e apoiam as suas decisões acerca do seu filho, mas não respondem às suas necessidades nem lhes dão um papel na implementação do plano. | | Os técnicos de IP são amigáveis e respeitadores das famílias, respondem às suas necessidades, apoiam as suas decisões acerca do seu filho, mas não lhes dão um papel na implementação do plano. | | Os técnicos de IP são amigáveis e respeitadores das famílias, respondem às suas necessidades, apoiam as decisões acerca do seu filho e dão-lhes um papel na implementação do plano. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Prática Ideal

Se há discrepância entre a prática típica e a ideal, porquê?

Versão original de R. A. McWilliam, 2011

Traduzido e adaptado por Cristina Damas Moreira, Carla Lança, Leonor Carvalho e Teresa Sousa Machado

Abril de 2013



19. Avaliação e Intervenção ao nível da Criança

Prática Típica

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
|--|---|--|---|---|---|---|--|
| A avaliação e intervenção centram-se no desempenho das competências da criança referidas em testes de desenvolvimento ou no currículo. | | A avaliação e intervenção centram-se no desempenho das aptidões funcionais da criança referidas em testes de desenvolvimento ou currículo. | | A avaliação e intervenção centram-se no envolvimento, independência e nas relações sociais da criança, mas não necessariamente nas rotinas diárias. | | A avaliação e a intervenção centram-se no envolvimento, na independência e nas relações sociais da criança nas suas rotinas diárias. | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

Prática Ideal

Se há discrepância entre a prática típica e a ideal, porquê?

Versão original de R. A. McWilliam, 2011
 Traduzido e adaptado por Cristina Damas Moreira, Carla Lança, Leonor Carvalho e Teresa Sousa Machado
 Abril de 2013



Anexo C: Folha de Respostas



FICHA DE RESPOSTAS FINESSE II

Este trabalho irá recair essencialmente sobre a vertente qualitativa, por isso mesmo, a sua opinião pessoal expressada nas perguntas de resposta aberta será muito valorizada. A sua reflexão irá contribuir para o enriquecimento deste estudo.

Item 1 – Descrição Escrita dos Programas (brochuras, *flyers*, etc.)

| | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Típica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Ideal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|

Se existe discrepância entre a prática típica e ideal, porquê? Por favor explique, se possível, através de um exemplo.

Na sua opinião o que poderia ser feito para aproximar as práticas típicas das ideais ou ultrapassar os obstáculos referidos?

Item 2 – Referenciação Inicial / Apresentação do Serviço

| | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Típica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Ideal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|

Se existe discrepância entre a prática típica e ideal, porquê? Por favor explique, se possível, através de um exemplo.

Na sua opinião o que poderia ser feito para aproximar as práticas típicas das ideais ou ultrapassar os obstáculos referidos?

Item 3 – Primeiros Contactos

| | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Típica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Ideal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|

Se existe discrepância entre a prática típica e ideal, porquê? Por favor explique, se possível, através de um exemplo.

Na sua opinião o que poderia ser feito para aproximar as práticas típicas das ideais ou ultrapassar os obstáculos referidos?

Item 4 – Apoios

| | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Típica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Ideal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|

Se existe discrepância entre a prática típica e ideal, porquê? Por favor explique, se possível, através de um exemplo.

Na sua opinião o que poderia ser feito para aproximar as práticas típicas das ideais ou ultrapassar os obstáculos referidos?

Item 5 – Avaliação das Necessidades

| | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Típica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Ideal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|

Se existe discrepância entre a prática típica e ideal, porquê? Por favor explique, se possível, através de um exemplo.

Na sua opinião o que poderia ser feito para aproximar as práticas típicas das ideais ou ultrapassar os obstáculos referidos?

Item 6 – Necessidades da Família

| | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Típica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Ideal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|

Se existe discrepância entre a prática típica e ideal, porquê? Por favor explique, se possível, através de um exemplo.

Na sua opinião o que poderia ser feito para aproximar as práticas típicas das ideais ou ultrapassar os obstáculos referidos?

Item 7 – Satisfação com as Rotinas diárias

Prática Típica

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

Prática Ideal

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

Se existe discrepância entre a prática típica e ideal, porquê? Por favor explique, se possível, através de um exemplo.

Na sua opinião o que poderia ser feito para aproximar as práticas típicas das ideais ou ultrapassar os obstáculos referidos?

Item 8 – Resultados / Objetivos Individuais

Prática Típica

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

Prática Ideal

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

Se existe discrepância entre a prática típica e ideal, porquê? Por favor explique, se possível, através de um exemplo.

Na sua opinião o que poderia ser feito para aproximar as práticas típicas das ideais ou ultrapassar os obstáculos referidos?

Item 9 – Especificidades dos Resultados / Objetivos

| | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Típica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Ideal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|

Se existe discrepância entre a prática típica e ideal, porquê? Por favor explique, se possível, através de um exemplo.

Na sua opinião o que poderia ser feito para aproximar as práticas típicas das ideais ou ultrapassar os obstáculos referidos?

Item 10 – Tomada de Decisão acerca dos Serviços

| | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Típica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Ideal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|

Se existe discrepância entre a prática típica e ideal, porquê? Por favor explique, se possível, através de um exemplo.

Na sua opinião o que poderia ser feito para aproximar as práticas típicas das ideais ou ultrapassar os obstáculos referidos?

Item 11 – Transdisciplinaridade da Intervenção Precoce (escreva NA se não se aplicar)

| | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Típica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Ideal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|

Se existe discrepância entre a prática típica e ideal, porquê? Por favor explique, se possível, através de um exemplo.

Na sua opinião o que poderia ser feito para aproximar as práticas típicas das ideais ou ultrapassar os obstáculos referidos?

Item 12 – Práticas das Visitas Domiciliárias

| | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Típica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Ideal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|

Se existe discrepância entre a prática típica e ideal, porquê? Por favor explique, se possível, através de um exemplo.

Na sua opinião o que poderia ser feito para aproximar as práticas típicas das ideais ou ultrapassar os obstáculos referidos?

Item 13 – Plano das Visitas Domiciliárias

| | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Típica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Ideal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|

Se existe discrepância entre a prática típica e ideal, porquê? Por favor explique, se possível, através de um exemplo.

Na sua opinião o que poderia ser feito para aproximar as práticas típicas das ideais ou ultrapassar os obstáculos referidos?

Item 14 – Aprendizagem do Adulto e Consultoria / Coaching

| | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Típica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Prática Ideal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|

Se existe discrepância entre a prática típica e ideal, porquê? Por favor explique, se possível, através de um exemplo.

Na sua opinião o que poderia ser feito para aproximar as práticas típicas das ideais ou ultrapassar os obstáculos referidos?

Item 15 – Consultoria à Família

Prática Típica

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

Prática Ideal

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

Se existe discrepância entre a prática típica e ideal, porquê? Por favor explique, se possível, através de um exemplo.

Na sua opinião o que poderia ser feito para aproximar as práticas típicas das ideais ou ultrapassar os obstáculos referidos?

Item 16 – Demonstração aos Prestadores de Cuidados

Prática Típica

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

Prática Ideal

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

Se existe discrepância entre a prática típica e ideal, porquê? Por favor explique, se possível, através de um exemplo.

Na sua opinião o que poderia ser feito para aproximar as práticas típicas das ideais ou ultrapassar os obstáculos referidos?

Item 17 – Práticas de Visita na Comunidade

Prática Típica

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

Prática Ideal

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

Se existe discrepância entre a prática típica e ideal, porquê? Por favor explique, se possível, através de um exemplo.

Na sua opinião o que poderia ser feito para aproximar as práticas típicas das ideais ou ultrapassar os obstáculos referidos?

Item 18 – Trabalho com as Famílias

Prática Típica

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

Prática Ideal

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

Se existe discrepância entre a prática típica e ideal, porquê? Por favor explique, se possível, através de um exemplo.

Na sua opinião o que poderia ser feito para aproximar as práticas típicas das ideais ou ultrapassar os obstáculos referidos?

Item 19 – Avaliação e Intervenção ao nível da Criança

Prática Típica

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

Prática Ideal

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

Se existe discrepância entre a prática típica e ideal, porquê? Por favor explique, se possível, através de um exemplo.

Na sua opinião o que poderia ser feito para aproximar as práticas típicas das ideais ou ultrapassar os obstáculos referidos?

Anexo D: Autorização da ANIP para a utilização da escala FINESSE II

Exm^a Senhoras
Bárbara Lopes e Dr^a Isabel Macedo Pinto,

Vimos, por este meio, informar que a ANIP – Associação Nacional de Intervenção Precoce obteve autorização do Prof. Dr Robin McWilliam para traduzir a Escala **FINESSE II - Escala de Avaliação de Serviços dirigida a Famílias em Contextos Naturais** e posteriormente fazer a sua utilização, no âmbito de uma dissertação em contexto de estágio no PIIP – Coimbra. Poderá, deste modo, ser utilizada a tradução que elaborámos.

Em anexo remetemos a Escala traduzida.

Com os melhores cumprimentos
Pela Direção da ANIP
Fernando Raposo

Pelas crianças, com as famílias, criamos futuro!



ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE | ANIP - Sede

NOVA Morada

Praceta Pe. José Anchieta, Lote 5 - r/c - Fração C - 3000-319 COIMBRA

Tel: 239 483 288 | Tlm: 965 224 960 | Fax: 239 481 309

Email: sede@anip.net

Site: www.anip.net

Facebook: www.facebook.com/ANIP_pt

Anexo E: Autorização do SNIPI para a realização do estudo



Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

Exmos/as Coordenadores/as das ELI do Distrito do Porto

“ Bom Ano 2018”

Procedeu-se à análise do pedido de colaboração, no mestrado da aluna Bárbara Isabel Lopes Gonçalves, no Estudo “Comparação entre Práticas Típicas e Ideais do ponto de vista dos Profissionais de Intervenção Precoce ”

1- Deste processo fazem parte os seguintes documentos:

- Pedido de autorização do Estudo à Subcomissão da Região Norte do SNIPI
- Ficha de caracterização da ELI
- Escala de Avaliação de Serviços a Famílias em Contextos Naturais
- Consentimento Informado Profissionais
- Comunicação da Orientadora Prof. Doutora Isabel Macedo Pinto

2- Trata-se de um estudo, que pretende estudar “práticas típicas e ideais do ponto de vista dos profissionais de IPI em algumas ELI do distrito do Porto” e tem como objectivos:

1- “Identificar as perceções dos profissionais em relação às suas práticas típicas e às práticas ideais em Intervenção Precoce

2- Compreender, com recurso à justificação dos profissionais, quais os fatores que influenciam a discrepância entre as práticas que utilizam e as que consideram ideais

3- Identificar recursos e propostas dos profissionais para a diminuição da discrepância entre práticas típicas e ideais

4- Situar de acordo com o modelo ecossistémico os obstáculos percebidos pelos técnicos, bem como as respetivas propostas para os ultrapassar.”

A mestranda irá contactar as ELI do distrito do Porto para agendar entrega dos questionários aos/às profissionais que se disponibilizem para participar no estudo.

3 -Estão cumpridos os procedimentos para a colaboração do SNIPI neste estudo:

Protocolo de colaboração entre o SNIPI e FPCE Porto

Protocolo de colaboração entre a Subcomissão Regional Norte e FPCE Porto

Garantido o consentimento informado esclarecido e livre dos participantes

Assegurada a privacidade e confidencialidade dos participantes

4- Conclusão

Dá-se parecer favorável à realização deste estudo, de interesse para a intervenção precoce e funcionamento do SNIPI

Solicita-se à doutoranda a partilha dos resultados do estudo com a ELI e o compromisso de entregar (preferencialmente em suporte digital) o resultado da investigação às ELI participante e Subcomissão Regional Norte.

Melhores cumprimentos
P`ela Subcomissão Regional Norte

M.Rosa Afonso Marques



Segurança Social
agora e sempre

SNIPI/Setor de Apoio Técnico

Unidade de Desenvolvimento Social e Programas

C.Distrital do Porto

Instituto de Segurança Social, .IP

Rua António Patrício,nº262/4199-001 Porto

[Tel:300520275/57275](tel:300520275/57275)