

## **PRÁTICAS CENTRADAS NA FAMÍLIA EM INTERVENÇÃO PRECOCE: UM ESTUDO NACIONAL SOBRE PRÁTICAS PROFISSIONAIS**

Ana Paula da Silva Pereira & Ana Maria Serrano<sup>1</sup>

### **Resumo**

A mudança para uma Abordagem Centrada na Família em Intervenção Precoce tem implicações nos contextos das práticas e da sua aplicabilidade, exigindo não só o abandono de papéis tradicionais desempenhados pelos profissionais que, na maioria das vezes, continuam a considerar-se especialistas e detentores das escolhas, alienando a família de todo o processo de apoio, como também a adopção e aprendizagem de novos valores e competências que se implementam em todas as etapas do processo de apoio. Consequentemente, neste artigo, enquadraremos um Estudo de Investigação Nacional sobre a Avaliação das Práticas Centradas na Família nos Projectos de Intervenção Precoce em Portugal, bem como os seus principais resultados e respectivas recomendações.

### **INTRODUÇÃO**

Nos últimos anos, a Intervenção Precoce (IP) caracterizou-se por avanços consideráveis no seu domínio, em resultado de um conjunto de influências práticas, conceptuais e teóricas, que tiveram grandes repercussões e implicações na implementação e na organização da Abordagem Centrada na Família. A especificidade do significado desta abordagem reside em cinco aspectos fundamentais, designadamente no reconhecimento de que as famílias são o contexto básico e principal da promoção da saúde e do bem-estar da criança; no respeito pelas escolhas da família e pelos seus processos de tomada de decisões; na ênfase nas competências da criança e da família, e nos recursos necessários para serem criados padrões de vida normalizados; nas parcerias família/profissional, aquando da adequação dos recursos às escolhas desejadas; no respeito mútuo entre as famílias e os profissionais, no esforço conjunto para tentar alcançar os objectivos desejados (Dunst, 1997).

---

<sup>1</sup> Instituto de Estudos da Criança – Universidade do Minho

De facto, a complexidade da operacionalização da abordagem centrada na família remete-nos para um conjunto de desafios que, de alguma forma, pretendemos sistematizar com a realização deste estudo de investigação que objectiva a avaliação das práticas centradas na família, nos projectos de IP, em Portugal.

### **FINALIDADE E OBJECTIVOS**

Definimos como finalidade desta investigação o estudo das práticas centradas na família nos projectos de IP, em Portugal (continente e ilhas). No sentido de clarificar esta finalidade, e tendo por base a revisão da literatura realizada, bem como a nossa experiência profissional, definiram-se entre outros objectivos de estudo:

- 1- Caracterizar os projectos de IP portugueses em termos de Distrito/Ilha onde estão implementados, seu enquadramento legal, a existência de articulação, pontos fortes e fragilidades da articulação, o número de crianças atendidas e o local onde é prestado o apoio;
- 2- Caracterizar, do ponto de vista demográfico e profissional os participantes do estudo que integram os projectos de IP em Portugal (idade, género, tipos de formação, anos de serviço, papéis desempenhados nas equipas, ...).
- 3- Identificar a frequência e o grau de importância das práticas centradas na família utilizadas pelos profissionais, nos projectos de IP em Portugal;
- 4- Identificar o grau de importância, atribuído pelos profissionais, às práticas centradas na família utilizadas nos projectos de IP em Portugal;
- 5- Identificar as medidas a adoptar, bem como as barreiras impeditivas à implementação das práticas centradas na família em Portugal.

Considerando os objectivos formulados, e tendo por base a investigação realizada, bem como a necessidade de obter informação adicional, definiram-se um conjunto de Hipóteses, as quais estão organizadas de acordo com as características das principais variáveis de estudo: características dos profissionais, características do projecto, e características do instrumento.

### **MÉTODO**

As opções metodológicas adoptadas na elaboração deste estudo visam estudar e analisar uma realidade que conhecemos – *Intervenção Precoce*, de forma realista e crítica, salvaguardando a relação de objectividade do investigador, através de um desenho de natureza quantitativa diferencial e transversal, que nos permita, através da utilização de dados quantitativos e qualitativos verificar as hipóteses formuladas, determinando comparações, associações e correlações possíveis entre as variáveis definidas (Almeida & Freire, 2007; Field, 2005; Hopkins, Hopkins, & Glass, 1996; Pestana & Gageiro, 2005; Tuckman, 2000).

## **Participantes**

A amostra deste estudo é constituída por 558 profissionais, que integram os projectos de IP nos 18 distritos do Continente e nos arquipélagos dos Açores e da Madeira (especificamente do Funchal), no ano de 2007. Relativamente à idade dos sujeitos da amostra, pode verificar-se que a média de idades é de aproximadamente 36 anos e que 50% dos sujeitos da amostra têm idade igual ou inferior à média. No que se refere à variável Anos de serviço em IP, pode verificar-se que esta apresenta um valor médio de 4 anos e 83 meses e que dos 558 profissionais, 341 (61,1%) situam-se no intervalo entre 1 e 4 anos de serviço, 139 ( 24,9%), no intervalo entre 5 e 9 anos de serviço, e 78 ( 14%), entre 10 ou mais anos de serviço.

Quanto à formação inicial dos profissionais envolvidos nas equipas, pode verificar-se que existe uma grande diversificação de formações (18 formações referidas), e que predominam as formações ao nível da Educação de Infância, da Psicologia e do Serviço Social. Salienta-se, igualmente, uma frequência significativa de profissões relacionadas com a área da Saúde, nomeadamente Enfermagem, Terapias e Medicina.

Relativamente à variável formação especializada, apenas 160 (28,7%) dos 558 sujeitos da amostra referem ter formação especializada. Os 160 sujeitos da amostra com formação especializada enquadram-se em diferentes categorias de formação, como: Educação Especial (com a sub-categoria IP); Psicologia; Saúde; Ciências da Educação; Outras. A formação especializada enquadra-se e distribui-se por diferentes graus, dos quais destacamos os mestrados, as especializações e/ou as pós-graduações.

No que diz respeito à formação em serviço na área da IP, realizada ao longo dos últimos três anos, podemos verificar que 79,6% (444 profissionais) dos participantes referem ter tido acesso a formação. Relativamente aos temas desenvolvidos na formação em serviço, referidos pelos participantes, realizou-se a análise de conteúdo das diferentes respostas, análise essa que nos permitiu agrupar os dados nas categorias de Educação Especial, com as sub-categorias Necessidades Educativas Especiais e IP; Negligência e Maus-tratos e; Aspectos Específicos do Desenvolvimento.

## **Instrumentos**

Como instrumento de recolha de dados utilizou-se um questionário, composto por III Partes:

*I Parte* - Informação sócio-demográfica e profissional dos respondentes;

*II Parte* - Questionário de identificação das Práticas centradas na família e do seu grau de importância - Brass Tacks (versão avaliação para profissionais). O *Brass Tacks*, versão

avaliação para profissionais, foi desenvolvido no Frank Porter Graham Child Development Center, na University of North Carolina at Chapel Hill, por Pam. J. McWilliam e Robin A. McWilliam, em 1993.

III Parte - Questões de resposta aberta, voltadas para o conhecimento de barreiras e de sugestões à própria intervenção.

#### **- Recolha de Dados e Procedimentos**

A recolha de dados realizou-se de Maio a Dezembro de 2007, e os procedimentos realizados implicaram contactos com algumas entidades, nomeadamente Ministérios e Secretarias Regionais da Educação, da Saúde e da Segurança Social; Secretariado Nacional da Reabilitação; Grupo Interdepartamental da IP; Associação Nacional de IP (ANIP); Instituições e Cooperativas de Solidariedade Social e Câmaras Municipais, localizadas nos Concelhos ou Distritos onde existem Projectos de IP, para determinar o número de projectos de IP existentes em cada Distrito do Continente e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Em consequência, foram expedidos (pelo correio ou entregues pessoalmente) 1220 questionários, dos quais foram devolvidos 608 (50,7%), que incluíam uma carta de apresentação; o questionário (partes I, II e III); um envelope selado, com o endereço de resposta do investigador; e uma pequeníssima lembrança (mini-lápis), com a qual se pretendia agradecer a colaboração dos participantes.

Para tratamento e análise dos dados quantitativos, procedeu-se à análise estatística dos resultados obtidos, através da utilização dos modelos da estatística descritiva e inferencial. Inicialmente, efectuou-se a codificação de todas as variáveis independentes e dependentes que, posteriormente, foram introduzidas e analisadas através da base de dados do projecto informático *Statiscal Package for the Social Sciences* (SPSS), na versão 15.0 para Windows (Field, 2005).

Na análise dos dados obtidos através das questões abertas, utilizou-se o método de análise de conteúdo, para identificar categorias emergentes, sendo considerada como unidade de análise a frase. (Lincoln & Guba, 1985). O sistema de codificação foi definido de forma indutiva, pois as categorias emergiram dos dados, e dedutiva, já que alicerçamos as nossas opções em categorias e em sub-categorias definidas em outros estudos de investigação, dos quais salientamos, entre outros, o estudo de Bailey, Buysse, Edmondson, e Smith (1992) e o de Bjorck-Akesson e Granlund (1995), e tendo igualmente por base o quadro de referências teórico e a experiência do investigador.

### **Qualidades Psicométricas do Questionário Brass Tacks**

Realizou-se uma análise exploratória das Propriedades Psicométricas/Metroológicas do instrumento de recolha de dados utilizado, o *Brass Tacks*, nomeadamente a fiabilidade, a sensibilidade e a validade (Almeida & Freire, 2007; Hill & Hill, 2002; Hopkins et al., 1996; Pallant, 2001; Pestana & Gageiro, 2005; Tuckman, 2000).

A fiabilidade do questionário foi obtida através do cálculo do *Alpha de Cronbach* para a totalidade dos itens do questionário Brass Tacks, frequência e importância das práticas, tendo-se o mesmo situado em .85 e .90, respectivamente. A análise da sensibilidade demonstrou igualmente resultados adequados. Para se proceder ao cálculo da validade, utilizou-se a Análise Factorial exploratória dos itens, para os dois questionários, frequência e importância, seguida de uma rotação *varimax*, uma vez que se pretendeu identificar, através de inter-relações, Factores ou dimensões que possam ter significado, tentando-se igualmente compreender a importância de cada um dos Factores ou dimensões no resultado final.

A análise factorial para os itens relacionados com a frequência das práticas, identificou 7 Factores, de acordo com a regra de Keiser ( $\text{eigenvalue} > 1$ ), que explicam cerca de 56,62 % da variância total. A análise factorial para os itens relacionados com a importância das práticas identificou, igualmente, 7 Factores, que explicam uma variância total de 57,18%. Contudo, dado que os itens se encontram distribuídos, nos dois questionários, de uma forma dispersa, de difícil enquadramento confirmatório, tendo em conta a teorização e investigação nas práticas centradas na família, realizou-se uma nova análise factorial, optando-se pela solução de extracção de 5 Factores. Os 5 Factores pareceram ser aqueles que melhor se adequam ao constructo do questionário utilizado neste estudo.

## **RESULTADOS**

Dos resultados obtidos e tendo em consideração a hipótese 1 deste estudo que refere que a formação dos profissionais (inicial, especializada, e em serviço) e o tempo de serviço em IP influenciam as Práticas centradas na família, podemos constatar que:

- a variável formação especializada, analisada isoladamente, não tem quaisquer tipo de influência nas 4 etapas das práticas centradas na família;
- a variável tempo de serviço em IP, tem impacto nas práticas centradas na família, pois verificaram-se diferenças com significado estatístico nas etapas: PCI ( $F=4.12$ ;  $p<.05$ ); AVF ( $F=6.09$ ;  $p<.01$ ); AVI ( $F=11.879$ ;  $p\leq.001$ ); PLANF ( $F=4.074$ ;  $p<.05$ ); PLANI ( $F=9.181$ ;  $p\leq.001$ ) e INTERI ( $F=5.186$ ;  $p\leq.01$ ). Estas diferenças são mais significativas, no grupo 3, ou seja, no grupo dos profissionais que têm dez ou mais anos de serviço em IP;

- a variável formação em serviço na IP, influencia as práticas, tendo-se constatado a existência de diferenças significativas nas etapas: PCI ( $t = -2.404$ ;  $p < .05$ ); AVF ( $t = -2.491$ ;  $p .05$ ) e INTERF ( $t = -2.308$ ;  $p < .05$ ); altamente significativas nas etapas: PCF ( $t = -2.961$ ;  $p < .01$ ); PLANF ( $t = -2.974$ ;  $p < .01$ ) e INTERI ( $t = -2.618$ ;  $p < .01$ ); e extremamente significativas nas etapas: AVI ( $t = -3.928$ ;  $p < .001$ ) e PLANI ( $t = -4.158$ ;  $p < .001$ );

- a variável formação inicial, (recodificada para agrupar algumas formações em que só existia um profissional), tem impacto nas práticas centradas na família, dimensões frequência e importância, pois as diferenças são significativas nas etapas: PCF ( $F = .895$ ;  $p < .05$ ); PLANF ( $F = 2.260$ ;  $p < .05$ ), PLANI ( $F = 2.232$ ;  $p < .05$ ), INTERF ( $F = 1.906$ ;  $p < .05$ ); e altamente significativas na etapa AVF ( $F = 2.975$ ;  $p < .01$ ). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas etapas PCI, AVI e INTERI.

Para determinar o impacto das variáveis número de criança apoiadas e idade da criança, nas práticas centradas na família (hipótese 2), utilizou-se o teste estatístico Coeficiente de Correlação *R de Pearson*. Em relação à variável número de crianças apoiadas, 460 pertencem à faixa etária 0-2 anos e 514 à faixa etária 3-5 anos. Na faixa etária 0-2, anos o número de crianças oscila entre 1 e 50, situando-se a média em 4,61 (DP =4.71); na faixa etária 3-5 anos, o número de crianças oscila entre 1 e 131, situando-se a média em 7.83 (DP=8.82).

Nesta análise pode verificar-se que os coeficientes de correlação obtidos sugerem que as variáveis são relativamente não dependentes entre si, mesmo que, em alguns casos, se encontre significado estatístico para os índices obtidos. Com efeito, os coeficientes situam-se em torno de .00, não ultrapassando o valor de .10, não se afastando, assim, do leque de valores normalmente tomados como significando ausência de associação entre variáveis.

Relativamente à hipótese 3 deste estudo que refere que o tipo de profissional (educadores de infância ou outros) diferencia-se nas práticas centradas na família, bem como no desempenho de funções de responsável de caso., pode constatar-se que existem diferenças altamente significativas na frequência das práticas das educadoras de infância nas etapas PCF ( $t = 2.815$ ,  $p < .01$ ); AVF ( $t = 4.326$ ,  $p \leq .001$ ) e INTERF ( $t = 2.768$ ,  $p < .01$ ), comparativamente com os outros grupos de profissionais.

Relativamente à variável desempenho de funções de coordenador de caso, utilizou-se o teste estatístico *Qui-Quadrado*. A totalidade de profissionais que referem assumir as funções de coordenador de caso é de 393, com uma oscilação de casos coordenados entre 1 e 51 casos, e com uma média de 6.67 (DP=6.12) casos. Ao agrupar-se os profissionais em dois grupos, educadoras de infância, e outros profissionais, constatou-se que, tendo em conta a constituição da amostra, as educadoras de infância não estão representadas proporcionalmente, no desempenho das funções de coordenador de caso, comparativamente com os outros

profissionais. O valor da associação entre as duas variáveis apresenta-se estatisticamente significativo ( $\chi^2= 17.85$ ;  $p < .001$ ).

A Hipótese 4 refere que a formação do profissional (inicial, especializada, e em serviço) influencia o tipo de barreiras identificadas pelo profissional para a implementação das práticas centradas na família, assim como o tipo de recomendações feitas à sua implementação.

Desta análise e relativamente ao impacto da variável formação inicial na variável tipo de barreiras, são evidentes relações de dependência, e associações estatisticamente significativas, entre os profissionais com formação inicial diversificada, em apenas 3 tipos de Barreiras: formação dos profissionais ( $\chi^2= 19.958$ ;  $p < .05$ ), atitudes/comportamentos da família ( $\chi^2= 17.795$ ;  $p < .05$ ), e distribuição da carga horária na IP ( $\chi^2= 22.754$ ;  $p < .01$ ).

No que se refere ao impacto da variável formação inicial na variável tipo de recomendações, são apenas visíveis relações de associação e de dependência, com significância estatística, entre as recomendações relacionadas com a formação dos profissionais ( $\chi^2= 24.000$ ;  $gl=1$ ;  $p < .01$ ), e com a distribuição da carga horária em IP ( $\chi^2= 17.364$ ;  $gl=1$ ;  $p < .05$ ).

Quanto ao impacto da variável formação especializada na variável tipo de barreiras, são apenas visíveis relações de associação e de dependência, com significância estatística, entre as barreiras relacionadas com a atitude/comportamento dos profissionais ( $\chi^2=4.594$ ;  $p < .05$ ), e são os profissionais sem formação especializada os profissionais que mais referem este tipo de barreiras. Tendo ainda em conta a variável formação especializada, e a sua relação com o tipo de Recomendações, constatou-se, apenas, relações com significado estatístico, com a necessidade de mais recursos materiais ( $\chi^2= 4.941$ ;  $p < .05$ ), sendo os profissionais sem formação especializada os que se evidenciaram nos resultados obtidos nesta análise.

Relativamente à influência da variável formação em serviço e tipo de barreiras, encontramos relações de dependência marginalmente significativas com a ausência de formação das famílias ( $\chi^2= 17.364$ ;  $gl=1$ ;  $p \leq .05$ ), e extremamente significativas com as barreiras relacionadas com o sistema, designadamente com o funcionamento e políticas da IP ( $\chi^2= 13.007$ ;  $gl=1$ ;  $p < .001$ ). No que se refere ao impacto da variável formação em serviço na variável tipo de recomendações à implementação das PCF, não se verificaram quaisquer tipos de relações de dependência ou associação entre estas variáveis.

Na análise da hipótese 5 que perspectiva a influência da formação dos profissionais (inicial, especializada, e em serviço) no tipo de funções específicas desempenhadas pelo profissional no projecto de IP pode verificar-se que a variável formação inicial tem impacto nas funções específicas desempenhadas pelos profissionais, sendo evidentes relações de dependência, com significado estatístico, entre estas duas variáveis ( $\chi^2= 79.563$ ;  $p < .001$ ). Os profissionais que demonstram exercer uma maior proporção das funções referidas anteriormente, são

essencialmente os psicólogos, os terapeutas ocupacionais, os técnicos de serviço social, e as enfermeiras.

Analisando o impacto da variável formação especializada na variável funções específicas, pode verificar-se que existem relações de dependência entre estas duas variáveis, e que o valor de associação apresenta-se estatisticamente significativo ( $\chi^2= 4.414; p<.05$ ). A proporção de profissionais com formação especializada, que desempenham funções específicas (26%), é superior à proporção de profissionais, sem formação especializada (18,8%), a desempenhar as mesmas funções.

Relativamente ao impacto da variável formação em serviço na variável funções específicas, são igualmente evidentes relações de dependência entre os profissionais com, e sem, formação em serviço. Ou seja, existe uma proporção de profissionais com formação em serviço a desempenharem funções específicas de 24%, comparativamente com 10,5% dos profissionais, sem formação em serviço, a desempenhar as mesmas funções. Pode, assim, concluir-se que o valor da associação entre as duas variáveis apresenta-se estatisticamente significativo ( $\chi^2= 9.691; p<.01$ ).

A Hipótese 6 refere que o local onde é prestado o apoio tem influência nas práticas centradas na família. Ao testar-se o efeito da variável Local de Apoio, às crianças das faixas etárias 0-2 anos, nas Práticas centradas na família, pôde verificar-se que existem diferenças significativas nas Etapas PCF ( $F=2.798; p<.05$ ), AVI ( $F=2.794; p<.05$ ), PLANF ( $F=2.851; p<.05$ ), INTERF ( $F=2.809; p<.05$ ) e INTERI ( $F=2.352; p<.05$ ), e diferenças extremamente significativas na etapa PLANI ( $F=5.470; p<.001$ ). Não se verificaram diferenças significativas na etapa PCI e AVF. Numa tentativa de avaliarmos entre que grupos estas diferenças são mais significativas, procedemos à análise de contrastes inter-grupos (Scheffé), tendo-se verificado diferenças inter-grupos nas etapas PLANF e PLANI. Na Etapa PLANF, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o apoio no domicílio e o apoio realizado nos centros de saúde; na Etapa PLANI verificaram-se igualmente diferenças ( $p<.05$ ) entre o apoio realizado no domicílio e nos centros de saúde, e entre o apoio realizado em creche e o apoio realizado nas IPSS. Podemos assim concluir que o apoio prestado no domicílio, ou no domicílio e em outro local, demonstra valores superiores aos obtidos noutros locais, em todas as etapas da frequência e da importância das práticas centradas na família.

Relativamente à variável Local de Apoio, das crianças da faixa etária 3-5 anos, pode verificar-se que existem diferenças extremamente significativas nas Etapas PCF ( $F= 4.322; p<.001$ ) e INTERF ( $F=4.896; p<.001$ ), altamente significativas nas etapas AVF ( $F=3.241; p<.01$ ), PLANI ( $F=3.541; p<.01$ ) e INTERI ( $F=3.367; p<.01$ ), e diferenças significativas nas etapas AVI ( $F=2.612; p<.05$ ) e PLANF ( $F=2.561; p<.05$ ). Não se verificaram diferenças significativas na



etapa PCI. Numa tentativa de avaliarmos entre que grupos estas diferenças são mais significativas, procedemos à análise de contrastes inter-grupos (Scheffé), tendo-se verificado que na etapa PCF – Jardim Infância> IPSS ( $p < .05$ ); Domicílio+Outro>IPSS ( $p < .05$ ), na Etapa PLANF – Domicílio> Centro Saúde ( $p < .05$ ), e na etapa INTERF – Domicílio> Centro Saúde ( $p < .05$ ) e IPSS ( $p < .01$ ). Pode assim constatar-se que, quando o apoio é realizado no domicílio, ou no domicílio e em outro local, os resultados nas práticas centradas na família são superiores aos resultados obtidos nos outros locais de apoio.

Na análise da influência da localização geográfica dos projectos de IP nas práticas centradas na família, e nas opiniões (barreiras e recomendações) dos profissionais sobre a implementação de tais práticas (hipótese 7) e tendo em consideração os valores do F obtidos, verificámos que existem diferenças extremamente significativas nas etapas PCF ( $F=2,396$ ;  $p < .001$ ), PCI ( $F=2,537$ ;  $p < .001$ ), AVF ( $F=4,127$ ;  $p < .001$ ), AVI ( $F=4,057$ ;  $p < .001$ ), PLANF ( $F=3,182$ ;  $p < .001$ ) e PLANI ( $F= 2,867$ ;  $p < .001$ ). Verificam-se, igualmente, diferenças altamente significativas na etapa INTERF ( $F=2,062$ ;  $p < .01$ ), não se tendo verificado quaisquer tipo de diferenças na etapa INTERI.. Não se verificaram contrastes com significância estatística inter-grupos, embora possamos afirmar, partindo da análise das médias obtidas, que existem alguns distritos/ilhas que se destacam, de forma positiva, na maioria das etapas das práticas centradas na família, comparativamente com os outros distritos analisados, nomeadamente: o arquipélago da Madeira e os distritos de Viana do Castelo, de Coimbra, de Portalegre, e de Beja.

Relativamente à influência da variável localização geográfica dos projectos de IP, nas opiniões relacionadas com as Barreiras referidas pelos profissionais, sobre a implementação das práticas centradas na família, são notórias relações de dependência, com significado estatístico, relativamente às seguintes barreiras: atitudes/comportamentos dos profissionais ( $\chi^2= 39.920$ ;  $gl=1$ ;  $p < .01$ ), mobilidade dos profissionais ( $\chi^2= 43.130$ ;  $p \leq .001$ ), distribuição da carga horária na IP ( $\chi^2= 41.639$ ;  $p < .01$ ), recursos materiais ( $\chi^2= 33.430$ ;  $p < .05$ ), e o funcionamento intra e inter-equipas de IP ( $\chi^2=37.466$ ;  $p < .01$ ).

No que se refere à influência da variável localização geográfica na variável tipo de recomendações referidas pelos profissionais para a implementação das práticas centradas na família, encontrámos relações de dependência e de associação, com significado estatístico, nas seguintes recomendações: atitudes e comportamentos dos profissionais ( $\chi^2= 40.007$ ;  $p < .01$ ), formação dos profissionais ( $\chi^2= 35.974$ ;  $p < .01$ ), funcionamento e políticas de IP ( $\chi^2= 30.688$ ;  $p < .05$ ), e distribuição da carga horária dos profissionais pela IP ( $\chi^2= 46.184$ ;  $p \leq .001$ ).

Relativamente à análise da hipótese 8 que refere que o enquadramento legal do projecto influencia as práticas centradas na família e as próprias opiniões dos profissionais acerca do tipo de pontos fortes e fragilidades do projecto, pode verificar-se que não existem diferenças

significativas na frequência das práticas centradas na família, tendo em conta os diversos enquadramentos legais dos projectos de IP. Existem apenas diferenças significativas no que se refere ao grau de importância atribuído pelos profissionais às práticas, nas Etapas AVI ( $F=3.240$ ;  $p<.05$ ) e INTERI ( $F=3.324$ ;  $p<.05$ ), e diferenças altamente significativas na Etapa PLANI ( $F=4.307$ ;  $p<.01$ ). Numa tentativa de avaliarmos quais os grupos em estas diferenças são mais significativas, procedemos à análise de contrastes inter-grupos (Scheffé), tendo-se verificado contrastes entre o Programa Ser Criança e a Portaria 1102 apenas nas seguintes etapas: AVI – Ser Criança>Portaria 1102 ( $p<.05$ ); PLANI – Ser Criança>Portaria 1102( $p<.01$ ) e INTERI – Ser Criança>Portaria 1102 ( $p<.05$ ).

Quanto à análise da influência da variável enquadramento legal do projecto nas opiniões dos profissionais, acerca do tipo de Pontos fortes da articulação do Projecto em que os profissionais exercem funções, realizada através do teste estatístico *Qui-Quadrado*, são notórias relações de associação ou de dependência, com significado estatístico, entre o enquadramento legal e todas as categorias definidas como pontos fortes da articulação, designadamente: articulação de apoios/serviços ( $\chi^2= 26.557$ ;  $p\leq.001$ ), atitudes/comportamentos dos profissionais ( $\chi^2= 11.298$ ;  $p<.05$ ), e a colaboração com as famílias ( $\chi^2=12.487$ ;  $p<.01$ ). Existe, pois, uma clara relação de associação entre todos os pontos fortes referenciados pelos profissionais e os projectos enquadrados ao abrigo do Despacho Conjunto 891/99 e dos Acordos Atípicos, ou seja, as maiores proporções de resposta enquadram-se neste tipos de enquadramentos legais.

No que se refere ao grau de dependência ou de associação entre o enquadramento legal e o tipo de fragilidades definidas pelos profissionais, relativamente à articulação do Projecto, pode confirmar-se a existência de relações de associação ou de dependência, com significado estatístico, entre a variável enquadramento legal e as seguintes fragilidades da articulação dos projectos em que os profissionais exercem funções: colaboração com estruturas e profissionais pertencentes ao Ministério da Saúde ( $\chi^2= 15.316$ ;  $p<.01$ ), atitudes/comportamentos dos profissionais envolvidos na IP ( $\chi^2= 10.465$ ;  $p<.05$ ), e financiamentos das equipas ( $\chi^2= 19.068$ ;  $p\leq.001$ ). Estas fragilidades estão maioritariamente associadas aos projectos enquadrados ao abrigo do Despacho Conjunto 891/99 e Acordos Atípicos, ou seja, são os profissionais que estão locados aos projectos mencionados anteriormente que referenciam, com maiores proporções (acima dos 65%), os 3 tipos de fragilidades mencionados.

A hipótese 9 refere que a existência de articulação no projecto de IP influencia as práticas centradas na família. A análise dos resultados obtidos permite-nos constatar que existem diferenças significativas ( $p<.05$ ) e altamente significativas ( $P\leq.001$ ) nas várias etapas das práticas centradas na família, excepto na Etapa I – Primeiros Contactos (grau de importância). Podemos, então, concluir que a existência de articulação no projecto tem impacto significativo

na maioria das etapas das práticas centradas na família, ou seja, são os projectos em que existe articulação de serviços/apoios os que obtêm melhores resultados nestas práticas.

Numa tentativa de avaliar os resultados obtidos nas 4 etapas das práticas centradas na família, nas dimensões frequência e importância das práticas (hipóteses 10 e 11), passaremos a descrever alguns dados que nos ajudarão na análise das hipóteses formuladas. Assim, pela análise do quadro 1, pode verificar-se que os profissionais consideram que utilizam, na maioria das vezes, as práticas centradas na família no apoio que prestam às famílias em IP. Estas práticas são mais evidentes nas Etapas III e IV do processo de apoio, respectivamente na Etapa Planificação (PLANF) e Intervenção (INTERF), e menos evidentes na Etapa II, Avaliação (AVF), como pode ser observado no quadro 1

Quadro 1.

*Valor médio da Frequência dos itens do Questionário Brass Tacks por Etapa*

<b>Etapas</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
III Etapa PLANF	558	4,00	,53
IV Etapa INTERF	558	3,97	,51
I Etapa PCF	558	3,90	,47
II Etapa AVF	558	3,70	,61

Os profissionais referem, igualmente, que valorizam as práticas centradas na família, mencionando as Etapas III (PLANI) e IV (INTERI) como as que consideram mais importantes no apoio que prestam às famílias, como pode ser constatado no quadro 2.

Quadro 2.

*Valor Médio da Importância dos Itens do Questionário Brass Tacks por Etapa*

<b>Etapas</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
III Etapa PLANI	558	4,09	,62
IV Etapa INTERI	558	4,06	,60
I Etapa PCI	558	3,98	,51
II Etapa AVI	558	3,84	,64

As práticas referidas pelos profissionais como mais frequentes e mais importantes dizem respeito, respectivamente: 1) à valorização da criança, aquando do primeiro contacto com a família (pc6); 2) à valorização das competências da criança, aquando da avaliação (av4); 3) às opções de escolha em relação aos apoios/serviços disponíveis (Plan5); e 4) ao reforço constante das competências da criança, aquando dos apoios diários (interv1). As práticas que são mencionadas como menos frequentes e menos importantes, referem-se à escolha da família, em

relação aos instrumentos de avaliação da criança e dos respectivos procedimentos de administração (av3), e à prontidão na resposta de apoio à família após o referimento (pc5).

Para determinarmos as diferenças entre a frequência e a importância das práticas centradas na família, nas 4 etapas do questionário *Brass Tacks*, procedemos à *análise da variância através das medidas repetidas*, considerando cada uma das dimensões frequência e importância, das práticas, separadamente. No que diz respeito à dimensão frequência das práticas, pode constatar-se que existem diferenças extremamente significativas entre as 4 etapas das práticas centradas na família, sendo as etapas correspondentes à planificação e à intervenção as que obtiveram melhores resultados, destacando-se dos resultados obtidos nas etapas primeiros contactos e avaliação.

No sentido de apurar entre que pares de etapas das práticas centradas na família as diferenças eram estatisticamente significativas, procedemos à análise das diferenças entre pares, através da utilização do teste estatístico *t de Student para Amostras Emparelhadas*. Nesta análise, encontramos valores estatisticamente significativos nos pares: Primeiros Contactos/Avaliação ( $t= 9.031$ ;  $p<.001$ ); Primeiros Contactos/Planificação ( $t= 4.218$ ;  $p<.001$ ); Primeiros Contactos/Intervenção ( $t=-2.910$ ;  $p<.01$ ); Avaliação/Planificação ( $t=-10.829$ ;  $p<.001$ ); Avaliação/Intervenção ( $t= 1.317$ ;  $p<.001$ ). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os pares Planificação/Intervenção.

Quanto à dimensão importância das práticas centradas na família, pode igualmente verificar-se a existência de diferenças extremamente significativas entre as 4 etapas do questionário *Brass Tacks*, sendo as etapas correspondentes à planificação e à intervenção as que obtiveram melhores resultados, destacando-se dos resultados obtidos nas etapas primeiros contactos e avaliação.

Na tentativa de avaliarmos entre que grupos de pares de etapas das práticas centradas na família as diferenças eram estatisticamente significativas, procedemos à análise das diferenças entre pares, através da utilização do teste estatístico *t de Student para Amostras Emparelhadas*. Nesta análise, encontramos valores estatisticamente significativos nos pares: Primeiros Contactos/Avaliação ( $t= 6.038$ ;  $p<.001$ ); Primeiros Contactos/Planificação ( $t= -4.809$ ;  $p<.001$ ); Primeiros Contactos/Intervenção ( $t=-3.579$ ;  $p<.001$ ); Avaliação/Planificação ( $t=-12.068$ ;  $p<.001$ ); Avaliação/Intervenção ( $t=-8.932$ ;  $p<.001$ ). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os pares Planificação/Intervenção.

Analisando as diferenças entre as práticas centradas na família e o seu grau de importância nas 4 etapas (hipótese 11), pode-se constatar, pela análise do quadro 3, que existem diferenças extremamente significativas ( $p<.001$ ) entre as práticas centradas na família e o seu grau de importância, nas 4 etapas do questionário *Brass Tacks*. Os resultados são sempre superiores nas

etapas referentes à importância das práticas, comparativamente com a frequência das práticas. Podemos, assim, afirmar que os profissionais consideram que o grau de incidência das práticas centradas na família, que utilizam no apoio às famílias, é inferior ao grau de importância que lhe atribuem.

Quadro 3.

*Diferenças entre as Práticas Centradas na Família e o seu Grau de Importância nas 4 Etapas do Questionário Brass Tacks*

Práticas Centradas na Família		Média	Desvio Padrão	T	Sig.
Par 1	PCF	3,90	.51	-3,833	,000***
	PCI	3,97	.47		
Par 2	AVF	3,70	.61	-7,063	,000***
	AVI	3,84	.64		
Par 3	PLANF	3,99	.53	-5,010	,000***
	PLANI	4,09	.62		
Par 4	INTERF	3,96	.51	-4,947	,000***
	INTERI	4,06	.60		

\*P≤0.05      \*\*P≤0.01      \*\*\*P≤0.001

## CONCLUSÕES

As mudanças efectivas, necessárias à implementação da abordagem centrada na família, são amplas e, na sua maioria, dificultadas pela falta de formação específica na IP, da maioria dos profissionais que estão enquadrados nos projectos de IP em Portugal. Estas mudanças perspectivam novos desafios aos profissionais portugueses integrados nas equipas de intervenção directa, nas equipas de coordenação distrital e/ou regional, e em todas as estruturas e/ou instituições envolvidas nos projectos de IP, pois colocam o enfoque na necessidade destes profissionais, continuamente, adequarem e qualificarem as suas práticas, adquirindo e reaprendendo novos valores, conhecimentos e competências, que deverão estar alinhados e concertados pelos resultados esperados para as famílias que apoiam (Winton, McCollum, & Catlett, 2008).

Na nossa opinião, e tendo como referência os resultados do nosso estudo, no que toca à diversidade de formações (especializada e em serviço) dos profissionais, bem como às entidades que as ministraram, consideramos necessária a criação de um *Sistema Nacional de*

*Desenvolvimento Profissional na IP*, que planifique, que implemente, e que avalie a formação dos profissionais em Portugal, assumindo, como ponto de partida, a resposta à questão sobre que conhecimentos, capacidades, e valores são necessários ao profissional de IP, para que produza ou incremente resultados positivos para as famílias, bem como que conteúdos e metodologias de formação são promotores de desenvolvimento dessas competências (Hyson & Odom, 2008).

Admitimos que a(s) resposta(s) a esta questão não serão fáceis de encontrar, mas, de qualquer forma, pensamos que a investigação actual poderá ajudar-nos a delinear uma nova abordagem à formação em IP, que deverá ser implementada, conduzida, e avaliada em colaboração com as famílias; que deverá ser consistente com os princípios e com as práticas que são preconizados na abordagem centrada na família, e com a investigação, nomeadamente: a construção de uma base filosófica de valores na formação; a promoção de experiências de formação interdisciplinares; a consistência interna nos diferentes conteúdos ministrados, assim como nas experiências providenciadas; e o desenvolvimento de aptidões de resolução de problemas, através de estudos de caso (Bruder & Dunst, 2005; Clifford, Macy, Albi, Bricker, & Rahn, 2005; Gallacher, 1997; Gilkerson, 2004; Parlakian, 2002; Pretis, 2006; Stayton, Miller, & Dinnebeil, 2003; Strain & Joseph, 2004).

O desenvolvimento profissional em IP poderá ser perspectivado pela integração de unidades curriculares, ou de módulos de formação, em IP, nos Planos de Estudo dos cursos de formação inicial (1.º Ciclo Bolonha); da criação de cursos de especialização (2.º ciclo, mestrados profissionalizante e académicos; e 3.º ciclos, Bolonha), que permitam o aprofundamento de conhecimentos e de metodologias na área da IP, definindo como objectivo a aquisição de saberes e de competências profissionais, bem como o desenvolvimento de atitudes adequadas ao desempenho profissional. Outra forma de reequacionar e de qualificar o papel dos profissionais, na abordagem centrada na família, em IP, poderá ser a criação de formação em serviço, que deverá ser enquadrada nas necessidades dos profissionais, resultantes das situações reais de apoio vividas nos diferentes contextos, e traduzida em cursos de curta e de média duração (oficinas de formação, círculos de estudo, projectos, seminários), com supervisão.

Na análise do processo de formação em IP, gostaríamos, ainda, de salientar a importância da supervisão, como elemento essencial e central no desenvolvimento e formação dos profissionais de IP. A supervisão deve, igualmente, constituir-se como um processo de desenvolvimento profissional contínuo, de actualização e de aperfeiçoamento, marcando, desta maneira, de forma indelével, a construção de uma nova identidade de formação em Supervisão, na IP.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Bailey, D. B. (1996). Preparing early intervention professionals for the 21st century. In M. Brambring, H. Rauh & A. Beelmann (Eds.), *Early childhood intervention: Theory, evaluation, and practice* (pp. 488-503). New York: de Gruyter.
- Bailey, D. B., Buysse, V., Edmondson, R., & Smith, T. M. (1992). Creating family-centered services in early intervention: Perceptions of professionals in four states. *Exceptional Children*, 58(4), 298-309.
- Bjorck-Akesson, E., & Granlund, M. (1995). Family involvement in assessment and intervention: Perceptions of professionals and parents in Sweden. *Exceptional Children*, 61(6), 520-535.
- Brotherson, M. J., Summers, J. A., Bruns, D. A., & Sharp, L. M. (2008). Family centered practices: Working in partnership with families. In P. J. Winton, J. A. McCollum & C. Catlett (Eds.), *Practical approaches to early childhood professional development: Evidence, strategies, and resources*. (pp. 53- 80). Washington, DC: ZERO TO Three.
- Bruder, M. B., & Dunst, C. J. (2005). Personnel preparation in recommended early intervention practices: Degree of emphasis across disciplines. *Topics in Early Childhood Special Education*, 25(1), 25-33.
- Clifford, J. R., Macy, M. G., Albi, L. D., Bricker, D. D., & Rahn, N. L. (2005). A model of clinical supervision for service professionals in early intervention and early childhood special education. *Topics in Early Childhood Special Education*, 25(3), 167-176.
- Dunst, C. J. (1997). Conceptual and empirical foundations of family centered practice. In R. Illback, C. Cobb & H. Joseph (Eds.), *Integrated services for children and families: Opportunities for psychological practice* (pp. 75-91). Washington, DC: American Psychological Association.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE Publications.
- Gallacher, K. (1997). Supervision, mentoring, and coaching: Méthods for supporting personnel development. In P. J. Winton, J. A. McCollum & C. Catlett (Eds.), *Reforming personnel preparation in early intervention* (pp. 191- 214). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Gilkerson, L. (2004). Reflective supervision in infant family programs: Adding clinical process to nonclinical settings. *Infant Mental Health Journal*, 25(5), 424-439.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Hopkins, K. D., Hopkins, B. R., & Glass, G. V. (1996). *Basic statistics for the behavioral sciences*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Hyson, M., & Odom, S. L. (2008). Foreword. In P. J. Winton, J. A. McCollum & C. Catlett (Eds.), *Practical approaches to early childhood professional development: Evidence, strategies, and Resources* (pp. vii-ix). Washington, DC: ZERO TO THREE.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. California: Sage Publications.
- Pallant, J. (2001). *SPSS survival manual. A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows*. Buckingham: Open University Press.
- Parlakian, R. (2002). *Reflective supervision in practice*. Washington, DC: ZERO TO THREE.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pretis, M. (2006). *European passport on professional training in early childhood intervention*. Graz: Leonardo da Vinci.
- Stayton, V. D., Miller, P. S., & Dinnebeil, L. A. (2003). *DEC Personnel preparation in early childhood special education. Implementing the DEC recommended practices*. Denver: Sopris West e DEC.
- Strain, P. S., & Joseph, G. E. (2004). Engaged supervision to support recommended practices for young children with challenging behavior. *Topics in Early Childhood Special Education*, 24(1), 39-50.
- Tuckman, B. W. (2000). *Manual de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Winton, P. J., McCollum, J. A., & Catlett, C. (2008). A framework and recommendations for a cross-agency professional development system. In P. J. Winton, J. A. McCollum & C. Catlett (Eds.), *Practical approaches to early childhood professional development: Evidence, strategies, and resources* (pp. 263-272). Washington, DC: ZERO TO THREE.