

Perceção dos profissionais de Intervenção Precoce na Infância  
acerca das práticas ideais no contexto português: Modelo colaborativo  
ou especialista?

Ana Raquel Pires Ferreira

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia Comunitária e Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadora:  
Doutora Tânia Boavida, Investigadora CIS-IUL  
Instituto Universitário de Lisboa, ISCTE

Setembro, 2017

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

*Sê tudo em cada coisa, nada teu exagera ou exclui  
Põe quanto és no mínimo que fazes!*  
Fernando Pessoa

# PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

### **Agradecimentos**

Ao terminar mais uma etapa da minha vida e, por conseguinte, estar perto de alcançar mais um sonho, torna-se importante agradecer às pessoas que me acompanharam e apoiaram durante a mesma.

À Doutora Tânia Boavida, pela orientação e acompanhamento na descoberta da Intervenção Precoce na Infância, manifestando sempre o interesse na partilha dos seus conhecimentos.

Aos meus pais, as luzes da minha vida, que fizeram todos os possíveis e impossíveis para eu chegar até aqui e que nunca desistiram de mim.

À minha irmã Joana, que acreditou muitas vezes mais em mim do que eu própria e me encorajou diariamente, sem nunca duvidar da minha força e ao meu irmão Martim, por compreender a minha ausência e por me aquecer sempre no seu abraço.

À minha avó Elvira, por me aconchegar nas suas palavras e nunca ter deixado de ter fé em mim e à minha avó Isabel que deixou as palavras certas para lutar e que, ainda que não tenha conseguido ver-me chegar ao fim, teria o maior orgulho em ver-me alcançar este sonho.

Aos meus melhores amigos, em especial à Catarina, Margarida, Mafalda e Marta por me ouvirem e terem sempre uma palavra amiga e animadora.

À Rita, o meu *buffer*, que foi o meu porto de abrigo desde o momento em que entrou neste Mestrado e me mostrou o quanto uma colega se pode tornar uma das melhores amigas do mundo.

À Diana, a minha eterna confidente, pessoa que nunca me esqueço e que guardo sempre no coração por estar, sempre, nos bons e maus momentos.

À Tânia, a minha companheira de trabalho, que comigo, dividiu todas as alegrias e angústias desde o início deste projeto, sem a qual não seria possível ter feito a Dissertação e que se tornou uma grande amiga.

Ao Gonçalo, que lutou até onde podia, mostrando sempre confiar e acreditar nas minhas capacidades.

Às minhas colegas e amigas da Ala Azul, às quais poderei agradecer toda a paciência, tempo e conselhos e das quais tenho o maior orgulho, por iniciarem e terminarem comigo esta etapa.



## Resumo

O presente estudo tem como objetivo analisar a percepção dos profissionais de Intervenção Precoce na Infância (IPI) acerca das práticas ideais, se estas práticas refletem um modelo de trabalho colaborativo ou especialista, assim como se a sua percepção, com base no modelo de trabalho colaborativo ou especialista, difere de acordo com o grupo profissional a que pertencem. Desta forma, foram inquiridos 599 profissionais de IPI sobre qual a melhor forma de resolver sete dilemas baseados em situações frequentes com que se deparam no seu dia-a-dia. Foi realizada de uma análise de conteúdo, tendo sido definidas categorias e subcategorias divididas em quatro dimensões, nomeadamente: Avaliação, composta por três categorias e 13 subcategorias; Planeamento da Intervenção, composta por três categorias e seis subcategorias; Intervenção com nove categorias e 23 subcategorias, e Irrelevante. Os resultados sugerem que a percepção dos profissionais de IPI relativamente às práticas ideais nesta área parecem ainda estar longe das práticas, nacional e internacionalmente, reconhecidas como tal, que os profissionais de IPI ainda atuam, essencialmente, no modelo de trabalho especialista e que a percepção destes, com base no modelo de trabalho colaborativo ou especialista, não parece variar de acordo com o grupo profissional a que pertencem.

**Palavras-Chave:** Intervenção Precoce na Infância, Percepção dos profissionais, Práticas ideais, Modelos de Intervenção

### **Classificação de Categorias e Códigos:**

2800 Psicologia do Desenvolvimento

2900 Processos Sociais & Problemas Sociais

2956 Educação Infantil & Cuidados da Criança

3430 Atitudes Pessoais dos Profissionais & Características



*Abstract*

The present study aims to analyze the perception of Early Childhood Intervention professionals about the ideal practices, if these practices reflect a collaborative or specialist working model, as well as if the perception, based in a collaborative or specialist working model, differs concerning the professional groups they belong to. To do this, 599 ECI professionals were inquired on the best way of solving seven different dilemmas based on frequent situations they face on a daily basis. A content analysis was performed, having defined categories and subcategories divided into four dimensions, namely: Assessment, composed of three categories and 13 subcategories; Intervention Planning, consisting of three categories and six subcategories; Intervention with nine categories and 23 subcategories, and Irrelevant. The results suggest that the perception of the ECI professionals relatively to the ideal practices in this area seems to be still far from the practices national and internationally recognized as such, that the ECI professionals act accordingly to the specialist working model and that the perception of these professionals, based in the both working models, does not seem to vary concerning the professional group they belong to.

**Keywords:** Early Childhood Intervention, Professionals' Perception, Ideal Practices, Intervention Models

**Classification Categories and Codes:**

2800 Developmental Psychology

2900 Social Processes & Social Issues

2956 Childrearing & Child Care

3430 Professional Personnel Attitudes & Characteristics



**Índice**

|  |    |
|--|----|
| INTRODUÇÃO .....   | 1  |
| I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....   | 5  |
| 1.1. Modelos teóricos do desenvolvimento humano na IPI .....                                 | 5  |
| 1.2. Definição Atual de Intervenção Precoce na Infância .....                                | 7  |
| 1.3. A Intervenção Precoce em Portugal .....   | 8  |
| 1.4. Princípios Orientadores da Intervenção Precoce na Infância.....                         | 11 |
| 1.5. Estudos empíricos em Portugal acerca das práticas em IPI .....                          | 17 |
| II. MÉTODO.....  | 21 |
| 2.1. Amostra .....   | 21 |
| 2.2. Instrumento .....   | 22 |
| 2.3. Procedimento.....   | 24 |
| 2.4. Análise de Dados.....   | 24 |
| III. RESULTADOS .....  | 27 |
| 3.1. Dimensão Avaliação .....  | 27 |
| 3.2. Dimensão Planeamento da Intervenção .....   | 29 |
| 3.3. Dimensão Intervenção.....   | 30 |
| 3.4. Dimensão Irrelevante .....  | 34 |
| 3.5. Modelo colaborativo ou especialista de acordo com o grupo profissional .....            | 35 |
| IV. DISCUSSÃO .....  | 37 |
| 4.1. Perceção dos profissionais de IPI acerca das práticas ideais .....                      | 37 |
| 4.2. Práticas dos profissionais de IPI de acordo com o modelo de trabalho .....              | 40 |
| 4.3. Diferenças entre grupo profissional e perceção das práticas de acordo com o modelo..... | 42 |
| 4.4. Limitações, contributos e estudos futuros .....   | 42 |
| FONTES .....   | 45 |
| BIBLIOGRAFIA .....   | 47 |

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

|  |    |
|--|----|
| ANEXO A – Esquemas facilitadores do dicionário de categorias ..... | 53 |
| ANEXO B – Dicionário de categorias.....                            | 57 |

**Índice de Quadros**

|  |    |
|--|----|
| Quadro 2.1. Grupos profissionais da amostra ( $n = 599$ ).....   | 22 |
| Quadro 3.1. Frequência e percentagem das unidades de registo das categorias e subcategorias dentro da dimensão <i>Avaliação</i> e por modelo dentro das categorias .....                 | 28 |
| Quadro 3.2. Frequência e percentagem das unidades de registo das categorias e subcategorias dentro da dimensão <i>Planeamento da Intervenção</i> e por modelo dentro das categorias .... | 30 |
| Quadro 3.3. Frequência e percentagem das unidades de registo das categorias e subcategorias dentro da dimensão <i>Intervenção</i> e por modelo dentro das categorias .....               | 32 |
| Quadro 3.4. Frequência e percentagem das unidades de registo do grupo profissional por modelo dentro das dimensões .....   | 36 |



**Índice de Siglas e Abreviaturas**

IPI – Intervenção Precoce na Infância

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

ELI – Equipa Local de Intervenção

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

NST – Núcleos de Supervisão Técnica

PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce

PEI – Programa Educativo Individual

LVT – Lisboa e Vale do Tejo



## INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, o campo da intervenção precoce na infância (IPI) tem sofrido modificações. Até aos anos 80, a IPI era vista como uma prestação de serviços à criança com atraso no desenvolvimento, cujo propósito era remediar os seus défices (Gronita, Matos, Pimentel, Bernardo, & Marques, 2011). No entanto, os contributos dos modelos teóricos do desenvolvimento humano vieram enfatizar a implicação dos diferentes contextos que envolvem a criança no seu desenvolvimento, nomeadamente, o contexto familiar e, por isso, a importância de intervir nos mesmos, bem como atender às rotinas da criança e respetiva família (Almeida, 2004; Almeida et al., 2011).

Ao abandonar o foco da intervenção na criança e nos seus défices, a conceção atual da IPI passou a reconhecer como unidade de intervenção o sistema familiar, uma vez que os membros que o compõem se afetam mutuamente (P. J. McWilliam, 2003). Com vista à aquisição e melhoria das competências das famílias e à atribuição de um sentido de controlo e fortalecimento do poder desta, a IPI veio possibilitar uma melhoria do bem-estar e do desenvolvimento do sistema familiar, viabilizando a autonomia da família relativamente aos profissionais e serviços (Almeida, 2004; Dunst & Trivette, 2000).

Considerando-se imprescindível a visão da criança numa perspetiva holística, o desenvolvimento dos modelos teóricos e as investigações no campo da IPI salientaram a necessidade de desenvolver um trabalho em equipa sob o modelo transdisciplinar (Franco, 2007). Esta perspetiva veio possibilitar a utilização de estratégias e técnicas de outras áreas disciplinares pelos profissionais através de um modelo de trabalho que permite o enriquecimento, a extensão, a troca e a expansão do papel dos profissionais, incluindo um papel de suporte e aconselhamento entre os membros da equipa. (King et al., 2009).

Assim, tendo em conta as considerações anteriores, foi desenvolvido um conjunto de princípios-chave que guiam uma intervenção de qualidade, nomeadamente, a presença de práticas centradas na família, uma intervenção em contextos naturais e baseada nas rotinas e um funcionamento de equipa transdisciplinar (Division for Early Childhood, 2014; Sandall, Hemmeter, Smith, & McLean, 2005; Smith et al., 2002).

Alicerçado nestes princípios e, tendo em conta o desenvolvimento de práticas pelo mundo fora, com o propósito de ir ao encontro das práticas recomendadas em IPI, Portugal procurou também evoluir nesse sentido através do desenvolvimento de medidas políticas. Assim, em 2009 foi promulgado o Decreto-Lei n.º 281/2009, que criou o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), representado por um conjunto de entidades

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

institucionais e de natureza familiar, que tem como propósito garantir condições de desenvolvimento de crianças com défice no desenvolvimento ou com um elevado risco em desenvolvê-lo que tenham entre os 0 e os 6 anos de idade (Artigo 1º e 2º). De acordo com o Decreto-Lei, a IPI é definida como “o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo acções de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da acção social” (Artigo 3º, p. 7298).

Com o propósito de “potenciar e mobilizar todos os recursos disponíveis no âmbito de uma política de integração social moderna e justa” (Prefácio, p. 7208), o SNIPI apresenta como objetivos:

- a) Assegurar às crianças a protecção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de acções de IPI em todo o território nacional;
- b) Detectar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento;
- c) Intervir, após a detecção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento;
- d) Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação;
- e) Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social (Artigo 4º, p. 7299)

Tendo em vista a implementação de serviços de qualidade, Carvalho e colaboradores (2016) salientaram a importância de considerar um conjunto de fatores, nomeadamente: coordenação eficiente a todos os níveis clarificando as funções e responsabilidades entre setores e, também, dentro de cada setor que compõe o SNIPI; uma melhoria na formação e qualificação dos profissionais de IPI que integram o sistema; a resposta às necessidades, a nível nacional, dos destinatários supracitados; a implementação de práticas que promovam o envolvimento da família; e, também, a garantia de padrões de qualidade e a certificação de uma avaliação e monitorização contínuas do processo de implementação do sistema vigente de IPI.

Vários estudos empíricos realizados a nível nacional, antes e após a publicação do atual Decreto-Lei, mostraram que os profissionais de IPI revelam dificuldades em operacionalizar as práticas recomendadas. Os resultados obtidos nos mesmos, mostraram que as intervenções ainda se dirigem, essencialmente à criança (e.g., Arroz, 2015; Couto, 2014;

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

Mendes, Pinto, & Pimentel., 2010); que o processo de IPI ainda se debruça sobre os défices destas (e.g., Mendes, 2012) através da prestação de sessões individuais de apoio às crianças (e.g., Mendes et al., 2010) e pela definição de objetivos que desvaloriza a utilidade e funcionalidade para a criança e para as rotinas desta e da respetiva família (e.g., Boavida, Aguiar, McWilliam, & Pimentel, 2010), bem como o funcionamento em equipa se revela basear em modelos pluridisciplinares (e.g., Almeida, 2013; Santos, 2016).

Como tal, e numa altura em que o SNIPI está a funcionar há cerca de 6 anos, torna-se pertinente refletir acerca das perceções dos profissionais no que se refere ao estado atual das práticas em IPI. Neste sentido, o presente estudo incidirá na análise das respostas de profissionais de IPI sobre a melhor forma de resolver sete dilemas baseados em situações frequentes do seu dia-a-dia, com vista a responder às seguintes questões:

- Qual a perceção dos profissionais de IPI acerca das práticas ideais a implementar na IPI?
- As práticas ideais percecionadas pelos profissionais de IPI refletem um modelo de trabalho colaborativo ou especialista?
- A perceção das práticas pelos profissionais de IPI, com base no modelo colaborativo ou especialista são diferentes de acordo com o grupo profissional a que pertencem?

O estudo encontra-se dividido em quatro capítulos. O primeiro capítulo refere-se ao **enquadramento teórico** onde são abordados os modelos teóricos do desenvolvimento humano que tiveram impacto na IPI; a atual definição de IPI e os seus construtos básicos; a IPI em Portugal, estando-lhe subjacente as medidas políticas que têm vindo a regulamentar a IPI a nível nacional; os princípios orientadores da IPI, onde estão enunciadas as práticas recomendadas em IPI e é salientada a abordagem da consultoria colaborativa, e, por fim, os estudos empíricos em Portugal sobre a perceção dos profissionais de IPI acerca das práticas ideais a implementar. O segundo capítulo concerne ao **método** utilizado no presente estudo, onde são apresentados os dados sociodemográficos dos participantes, a explicação do instrumento e dos procedimentos realizados para a investigação, bem como a descrição da análise dos dados a realizar após a aplicação do instrumento. O terceiro capítulo refere-se à apresentação dos **resultados** obtidos através da análise de conteúdo. Por último, o quarto capítulo trata da **discussão** dos resultados, comparando-se os resultados obtidos, ou seja, as práticas que os profissionais de IPI percecionam como ideais, com as investigações anteriores realizadas no mesmo âmbito.



## I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.1. Modelos teóricos do desenvolvimento humano na IPI

Historicamente, as práticas de IPI definiam-se por um serviço centrado na criança que evidenciava atrasos no desenvolvimento, tendo o propósito de remediar os seus défices (Allen & Petr, 1995, 1996; Pereira & Serrano, 2010a). De acordo com esta perspetiva, a intervenção estava à responsabilidade dos profissionais de IPI, uma vez que estes identificavam as necessidades das crianças, os fatores que contribuía para o atraso no desenvolvimento ou o risco do aparecimento deste e tomavam decisões acerca dos cuidados a prestar (Allen & Petr, 1996; P. J. McWilliam, 2003; Pereira & Serrano, 2010b). Estes responsabilizavam-se por planear, conceber e implementar as estratégias de intervenção (P. J. McWilliam, 2003). Assim, a motivação da família poderia ser condicionada pelas diferenças entre as suas prioridades e dos profissionais, uma vez que os pais poderiam não ver relevância nas atividades recomendadas e os profissionais poderiam apresentar uma capacidade limitada para motivar os pais (Bailey, 1987).

No entanto, a ampla pesquisa teórica e empírica veio a alterar esta conceção da IPI. O modelo ecológico e bioecológico (Bronfenbrenner, 1979; 1986; Bronfenbrenner & Morris, 2005), e o modelo transacional (Sameroff & Fiese, 2000; Sameroff & MacKenzie, 2003) foram perspetivas que tiveram um grande impacto nas mudanças no campo da IPI, contribuindo para a explicação da influência dos diferentes contextos no desenvolvimento da criança (Phillips & Shonkoff, 2000).

Ao longo da década de 70, Bronfenbrenner (1977, 1979) desenvolveu o modelo ecológico do desenvolvimento humano, defendendo que o desenvolvimento e os fatores que o influenciam resultam das relações recíprocas entre os diversos contextos nos quais a criança e a família estão inseridas. Assim, Bronfenbrenner (1979) descreveu os contextos de desenvolvimento a partir da criação de quatro subsistemas hierárquicos interrelacionados entre si e que vão, progressivamente, tornando-se mais abrangentes, indo, desde o nível mais imediato onde está inserido o indivíduo em desenvolvimento até ao mais distante. O microssistema, que se refere aos cenários mais próximos da criança, como a família e a escola; o mesossistema, que define a relação entre dois ou mais microssistemas, como a relação entre a família e a escola/sala que a criança integra; o exossistema, constituído por cenários que não incluem diretamente a criança, mas que indiretamente a afetam, como o contexto de trabalho dos pais; e, por fim, o macrossistema, o subsistema mais abrangente, que

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

engloba todos os anteriores e que se constitui pelas crenças, ideologias e valores de uma determinada comunidade (Bronfenbrenner, 1979).

Mais tarde, Bronfenbrenner reformulou o modelo ecológico, defendendo que para além da ênfase dos contextos de desenvolvimento do indivíduo, era necessário considerar a importância das suas características biológicas, psicológicas e comportamentais, dando origem ao designado modelo bioecológico (Bronfenbrenner & Morris, 2005). Assim, conceitualizou o desenvolvimento como um fenómeno de continuidade e mudança nas características biopsicológicas do ser humano, quer a nível individual, quer a nível de grupo que vão ocorrendo ao longo da vida.

Para explicar o desenvolvimento humano, este modelo é constituído por quatro componentes que, tal como no modelo anterior, se interrelacionam entre si, mais especificamente os processos proximais que se referem à interação recíproca e duradoura entre o indivíduo e os seus ambientes imediatos e que se vão, gradualmente, complexificando; a pessoa com características próprias que participa ativamente nos seus ambientes próximos e, a partir desta participação, influencia os processos proximais; o contexto que inclui as estruturas propostas no modelo ecológico de Bronfenbrenner e integra, também, as características da pessoa em interação; e, por fim, o tempo que diz respeito aos períodos no qual a pessoa em desenvolvimento está exposta a um processo proximal específico (Bronfenbrenner & Morris, 2005).

Com a perspetiva de que o desenvolvimento da criança é visto como um “produto das interações contínuas, dinâmicas e bidirecionais entre a criança e as experiências que lhe são oferecidas pela família e pelo seu contexto social” (Sameroff & Fiese, 2000, p.142) surgiu o modelo transacional. Definida como inovadora pelos autores, a abordagem defende que os resultados do desenvolvimento da criança resultam da combinação do indivíduo e do ambiente, não podendo ser vistos independentemente um do outro (Sameroff & Fiese, 2000).

Como tal, com a contribuição dos modelos teóricos, também as práticas de IPI se alteraram. A IPI deixou de se focar, primordialmente, na criança com défice no desenvolvimento ou com um elevado risco de o desenvolver, passando a incluir como alvo a família da criança, sob o princípio de que esta é o principal contexto de desenvolvimento da criança. Tendo em conta que o ambiente influencia a criança, também os outros contextos que a envolvem começaram a ser considerados fundamentais para a compreensão do desenvolvimento e para a conceção e implementação dos serviços de apoio.

### **1.2. Definição Atual de Intervenção Precoce na Infância**

Os primeiros anos da vida de uma criança são extremamente importantes, visto que, segundo Phillips e Shonkoff (2000) “o curso do desenvolvimento pode ser alterado durante os primeiros anos de vida através de intervenções eficazes que alteram o equilíbrio entre risco e proteção, e assim mudando a probabilidade em favor de resultados mais adaptativos” (p. 4). Assim, a identificação prematura de uma criança com um atraso no desenvolvimento ou em risco é crucial e favorável para o seu desenvolvimento.

Quanto mais nova é a criança, maior é a sua capacidade de reestruturação das estruturas e funções do cérebro a partir da experiência e, por isso, maior é a receptividade às mudanças (Carvalho et al., 2016; Shonkoff & Meisels, 2000). As experiências oferecidas às crianças nos primeiros anos de vida têm impacto no desenvolvimento ou aprendizagem de competências ou comportamentos, uma vez que é durante este período de tempo que a criança apresenta maior suscetibilidade a determinadas influências externas (Lopes & Maia, 2000; Phillips & Shonkoff, 2000).

Assim, a IPI define-se pela prestação de um conjunto de serviços, apoios e recursos que têm como objetivo responder às necessidades das crianças que evidenciem atrasos no desenvolvimento ou apresentem um elevado risco de os desenvolver e às respetivas famílias, que, a partir de redes de suporte formal e informal, influenciam a criança, os pais e o funcionamento familiar (Dunst, 1985, citado por Dunst, 2000; Dunst & Bruder, 2002).

Bairrão (2006) implica na sua definição de IPI três conceitos fundamentais, relativamente à prevenção, nomeadamente, a prevenção primária, secundária e terciária. Neste sentido, Pacheco (2013) ressalta a definição destas no que concerne à IPI, mencionando que a prevenção primária se trata de um serviço que deverá evitar que as dificuldades das crianças ocorram; que com caráter de prevenção secundária, o serviço deverá melhorar as dificuldades com vista à supressão das mesmas; e a prevenção terciária deverá melhorar e não permitir o agravamento dos défices já existentes nas crianças.

Por sua vez, Dunst (2007) postula que é através de experiências e oportunidades que os pais ou outros cuidadores primários proporcionam à criança que é promovida a aquisição e utilização de competências comportamentais pela criança que moldam e influenciam as suas interações com as pessoas e os objetos. Destinados a crianças com um pobre desenvolvimento ou em risco e às suas famílias, os serviços de IPI promovem o desenvolvimento da criança desde o seu nascimento até ao momento em que entram na escola (Shonkoff & Meisels, 2000; Waldfogel, 1999).

### 1.3. A Intervenção Precoce em Portugal

Baseado em programas de IPI americanos e, de acordo com Bairrão (2002), com uma arriscada transposição do modelo americano para um país sem tradição de trabalho neste domínio, Portugal concentrou os seus esforços, desde os anos 80, na remediação e melhoria das condições de crianças com atraso no desenvolvimento ou em risco de o desenvolver (Pimentel, 2005). No entanto, só a partir dos anos 90 entrou em vigor a legislação referente a orientações para a IPI em Portugal – o Despacho-Conjunto n.º 891/99.

A promulgação deste documento definiu orientações reguladoras na IPI em Portugal através da integração e coordenação de diferentes serviços (saúde, educação e segurança social), focando a importância da família como unidade funcional na intervenção. Assumiu, ainda, como premissas a garantia de condições que facilitassem o desenvolvimento da criança com atraso ou em risco de o desenvolver, a estimulação da melhoria das interações familiares e o reforço das competências familiares, como suporte para a sua capacitação e autonomia face à problemática da criança (Gamelas, 2003).

Um relatório publicado em 2005 pela *European Agency for Development in Special Needs Education*, refere que existe na legislação um conjunto de elementos fundamentais a considerar para a implementação dos modelos de IPI, sendo estes comuns aos países europeus (Soriano, 2005). Neste documento, é reforçada a importância da disponibilidade dos serviços, cujo propósito é abranger, o mais cedo possível, todas as crianças que necessitem de apoio; a acessibilidade dos serviços, no que diz respeito à proximidade da zona de residência das comunidades; a viabilidade financeira, pressupondo que os custos associados são baixos ou gratuitos, os quais em Portugal não representam qualquer dispêndio para as famílias; a interdisciplinaridade, através da inclusão de profissionais de diferentes áreas nas ELI e a diversidade dos serviços da comunidade, nomeadamente o envolvimento dos serviços de saúde, segurança social e educação (Soriano, 2005).

Na legislação em vigor era sentido como necessário uniformizar as respostas dos serviços de IPI a nível nacional (Carvalho et al., 2016). Deste modo, decorrente desta necessidade e, também, na sequência dos princípios da Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e no âmbito do Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidades 2006-2009, surgiu, em 2009, o Decreto-Lei n.º 281/2009, que atualmente vigora em Portugal.

A publicação deste Decreto criou, formalmente, o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), tendo como destinatários crianças dos 0 aos 6 anos com o desenvolvimento comprometido e respetivas famílias (Artigo 2º), e que resulta da atuação

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

coordenada de três ministérios, nomeadamente o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e o Ministério do Trabalho, da Solidariedade e Segurança Social, aos quais estão subjacentes competências próprias. É, deste modo, composto pela Comissão de Coordenação, Subcomissões de Coordenação Regionais, Núcleos de Supervisão Técnica (NST) e Equipas Locais de Intervenção (ELI). A Comissão de Coordenação é o organismo superior da hierarquia do SNIPI, cuja principal função é assegurar a articulação da atuação de cada um dos ministérios anteriormente referidos, através de reuniões trimestrais de avaliação e acompanhamento; de seguida, encontram-se as Subcomissões de Coordenação Regionais, que são organismos organizados ao nível das NUTS II e que têm, essencialmente, a responsabilidade de apoiar a Comissão de Coordenação e transmitir orientações aos profissionais que constituem as equipas de IPI, ou seja, tratam-se de organismos que estabelecem uma ponte entre a Comissão de Coordenação e as ELI; os NST, que são núcleos de âmbito distrital constituídos por profissionais dos três setores (educação, saúde e ação social) ou, até mesmo, convidados com formação e experiência no campo da IPI; e as ELI, que se apresentam como a base funcional do serviço de IPI (Almeida, 2013; Carvalho et al., 2016).

As ELI são equipas que atuam a nível municipal, constituídas por um conjunto de profissionais de diferentes valências e que atuam diretamente com as crianças e respetivas famílias. Idealmente, através de um trabalho transdisciplinar e em colaboração com a família, as ELI atuam no sentido de prevenir ou reduzir os atrasos no desenvolvimento da criança, através do apoio às famílias e do envolvimento da comunidade a partir da criação de mecanismos articulados de apoio social (Artigo 4º e 9º). Deste modo, após a deteção e sinalização da criança, os profissionais que compõem as equipas intervêm com a criança com atraso no desenvolvimento ou em risco de o desenvolver e a respetiva família, de acordo com as necessidades do contexto familiar de cada uma das crianças elegíveis. Além disso, é, ainda, da responsabilidade destes elementos identificar crianças e famílias que não sejam imediatamente elegíveis para o SNIPI e, se necessário, realizar o encaminhamento das mesmas; vigiar as crianças e famílias que não sejam diretamente elegíveis mas que requerem uma avaliação periódica, devido à natureza dos seus fatores de risco e à probabilidade de evolução; elaborar e executar o guia orientador do serviço, designado por Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), mediante o diagnóstico da situação; identificar as necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção, através da dinamização de redes formais e informais de apoio social; articular com entidades com atividade na área de proteção infantil; articular com serviços ou contextos educativos onde a criança apoiada pela

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

IPI está integrada; e, por fim, garantir, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas (Artigo 7º).

Considerando os destinatários do Decreto-Lei nº281/2009, existe um outro documento – Decreto-Lei nº3/2008 – que abrange crianças entre os 3 e 6 anos que frequentem o ensino pré-escolar e, por isso, podem beneficiar de um só serviço, mas também, de ambos. Nesse sentido, é necessário compreender do que se trata o Decreto-Lei n.º 3/2008 e como se processa a articulação entre ambos os documentos, uma vez que incidem sobre a mesma população.

O Decreto-Lei n.º 3/2008 especifica os apoios especializados que se prestam a crianças a partir dos três anos, que estejam integradas num contexto educativo, e se estendem para os ensinos básicos e secundários nos setores público, privado e cooperativo (Artigo 1º, Ponto 1). Estes apoios especializados são prestados com o propósito de responder às necessidades educativas especiais de crianças que apresentem limitações significativas ao nível da atividade e da participação num ou vários domínios da vida (Artigo 1º, Ponto 1), através da adequação do processo educativo da criança. O Decreto-Lei n.º 3/2008 pressupõe a participação dos pais ou encarregados de educação e do docente de grupo ou turma, para além dos profissionais de educação especial. As respostas educativas e respetivas formas de avaliação da criança são fixadas e documentadas no Plano Educativo Individual (PEI) elaborado, obrigatoriamente, pelo docente do grupo ou turma em cooperação com o docente de educação especial, os encarregados de educação e, se necessário, outros serviços (Artigo 10º, Ponto 1).

Desta forma, existe a possibilidade de uma criança estar abrangida pelo Decreto-Lei n.º 281/2009, pelo Decreto-Lei n.º 3/2008 ou por ambos dependendo da idade, região e tipo de organização de cuidados infantis (Boavida, Aguiar, & McWilliam, 2014), sendo necessária uma articulação eficaz e coordenada entre os dois documentos. Nesse sentido surgiu a Circular S-DGE/2015/2555, que clarifica esta articulação entre o PIIP e PEI.

Ambos os documentos visam a participação ativa da família, embora de forma distinta, visto que a família apresenta um papel mais participativo no Decreto-Lei n.º 281/2009 em comparação com o Decreto-Lei n.º 3/2008. Além disso, ambos integram os indicadores de funcionalidade e os fatores ambientais que funcionam, quer como facilitadores, quer como barreiras à atividade e participação da criança, obtidos por referência à Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (Boavida et al., 2014).

#### **1.4. Princípios Orientadores da Intervenção Precoce na Infância**

De forma a garantir benefícios na criança e na família torna-se fundamental considerar o modo como a IPI é concetualizada e implementada (McWilliam, 2010a; Serrano & Boavida, 2011). Os respetivos princípios orientadores assumem especial importância, visto que possibilitam orientar as famílias e profissionais sobre as práticas mais eficazes com vista à melhoria dos resultados da aprendizagem e à promoção do desenvolvimento das crianças que apresentam ou estão em risco de apresentar atrasos no desenvolvimento (Division for Early Childhood, 2014).

As evidências internacionalmente reconhecidas apontam que uma intervenção de qualidade é definida pela presença de práticas centradas na família, por uma intervenção em contextos naturais e baseada nas rotinas e por um funcionamento de equipa transdisciplinar (Division for Early Childhood, 2014; Sandall, et al., 2005; Smith et al., 2002).

Considerando a família o principal contexto de desenvolvimento da criança, bem como o sistema mais eficaz para promover e sustentar o desenvolvimento desta, o seu envolvimento parece ser fundamental para o sucesso de qualquer serviço de intervenção (Bronfenbrenner, 1974; Bhering & Sarkis, 2009). Aquilo que afeta um membro da família afeta todos os outros (P. J. McWilliam, 2003) e, por isso, a participação de todos os membros no serviço de apoio revela-se indispensável.

Como tal, a abordagem centrada na família tem como propósito apoiá-la através da promoção das suas capacidades e competências, tendo como objetivo o fortalecimento do funcionamento familiar (Dunst, 2000; Dunst, Trivette, & Deal, 1988).

De acordo com o *Beach Center on Families and Disability*, as práticas centradas na família definem-se pela inclusão da família na tomada de decisão, planeamento, avaliação e intervenção; no desenvolvimento de serviços que envolvam toda a família e não só a criança; na definição de objetivos e intervenção de acordo com as prioridades identificadas pela família; e, por último, assenta no respeito pelas escolhas da família no que se refere ao seu nível de participação no serviço (Murphy, Lee, Turnbull, & Turbiville, 1995). Dunst, Trivette e Deal (1994, citado por Bruder, 2000) advogam que uma intervenção centrada na família se deverá guiar por três valores: enfatizar as forças da família, promover a escolha da família e o controlo dos recursos por parte desta e desenvolver-se uma relação de parceria entre os profissionais e a família.

Aos profissionais, cabe assegurar que as intervenções são concebidas e implementadas no sentido de auxiliar as famílias a alcançar aquilo que consideram importante para o funcionamento familiar (P. J. McWilliam, 2003). Para que tal seja possível, os profissionais

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

deverão, idealmente, desenvolver um trabalho colaborativo com a família, procurando responder às suas prioridades após um levantamento das mesmas. Dunst (2007) defende que as práticas que envolvem a família e a sua participação promovem a tomada de decisão por parte desta, com base em escolhas para obter os recursos desejados ou os objetivos que pretendem alcançar.

A relação estabelecida entre os profissionais e a família dever-se-á alicerçar na colaboração e parceria entre estes, sendo esta potenciadora de um serviço eficaz. É a partir desta parceria que ocorre o planeamento de ações em conjunto e a tomada de decisão acerca do foco da intervenção, exigindo a mesma a colaboração e o estabelecimento de objetivos comuns, uma comunicação aberta e eficaz e o interesse em discutir e solucionar os problemas como equipa (Dunst & Trivette, 2000; Dunst, 2007).

Leviton, Mueller e Kauffman (1992) defendem que, numa primeira fase da intervenção, os profissionais têm como responsabilidade partilhar informação com a família, permitindo a esta a tomada de decisões informadas; em segunda instância cabe a estes abordar as preocupações da família, equacionando todas as opções e, não só, aquelas que o profissional acredita ser mais eficazes e, através disso, formular estratégias para alcançar os objetivos que sejam sentidos como benéficos para a criança e a família; e, numa última fase, a conceção de um plano de intervenção a partir da exploração das opções que vão ao encontro das necessidades da família. A família tem como principal responsabilidade a identificação das necessidades e preocupações acerca da criança, visto ser esta que a conhece mais intimamente sendo, também, uma das responsabilidades desta decidir o grau de envolvimento do profissional no plano (Murphy et al., 1995; Nelkin, 1987).

A flexibilização, coordenação e individualidade são características da prestação de serviços centrados na família (Dunst & Trivette, 2000; P. J. McWilliam, 2003). O profissional auxilia a família a identificar e a obter os apoios e serviços à escolha, tanto formais como informais, que respondam às suas necessidades, atendendo aos recursos existentes na comunidade e a flexibilidade relativa a cada opção de serviço, bem como à unicidade da família (Dunst & Trivette, 2000; P. J. McWilliam, 2003). Há que considerar que cada família tem características próprias e, por esse motivo, o serviço deve ser individualizado e adequado às necessidades de cada uma destas.

As evidências apontam que quanto mais são empregues práticas centradas na família, mais as famílias tendem a valorizar o suporte e ajuda que é prestado pelos profissionais de intervenção precoce (Dunst, Brookfield, & Epstein, 1998 citado por Dunst & Trivette, 2000). Dunst (2007) defende que os profissionais, ao encorajarem e oferecerem suporte à família

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

com recurso a práticas de ajuda participativa, influenciam as oportunidades de aprendizagem que os pais proporcionam à criança, conferindo-lhes sentimentos de competência e confiança que, conseqüentemente, promovem a sua autonomia.

Outros focos da análise são o tempo que as crianças passam com os seus cuidadores e os ambientes em que estão inseridos. As crianças passam grande parte do seu tempo com os seus prestadores de cuidados, tais como a família, a educadora do jardim de infância/creche ou outros (McWilliam, 2010b). Ao mesmo tempo, os ambientes onde ocorrem os seus comportamentos deverão ser os locais onde são prestados os serviços de IPI, isto é, nos contextos de vida da criança (Breia, Almeida, & Colôa, 2004). Aquilo que caracteriza estes contextos é a participação de crianças da mesma idade e sem incapacidade, incluindo a família e a comunidade, tais como o domicílio, creches, jardins de infância e ambientes da comunidade (McWilliam, 2010b).

Partindo do pressuposto que as atividades que ocorrem com alguma regularidade, tais como a prestação de cuidados e outros momentos são aquilo que definem as rotinas (McWilliam, 2010b), não é possível separar a prática da intervenção em contextos naturais de aprendizagem da intervenção baseada nas rotinas. As atividades diárias das crianças são fortes contextos para a aprendizagem desta e quando utilizadas, podem e têm, frequentemente, vantagens para a criança e para a sua família (Dunst, 2007). Os contextos naturais de aprendizagem incluem as experiências e oportunidades oferecidas à criança como parte da vida diária, promovendo a aquisição de competências por parte destas e possibilitando a sua participação nos contextos da família e da comunidade (Dunst, 2007) e, portanto, estando as situações e atividades do quotidiano relacionadas com o seu contexto de vida e integradas nas suas rotinas diárias (Almeida et al., 2011).

As evidências têm mostrado que as crianças são melhor influenciadas pelos cuidadores com quem passam grande parte do tempo e, por isso, os profissionais devem trabalhar com os membros da família no sentido de influenciar o desenvolvimento da criança e a aquisição de competências (McWilliam, 2010b). O autor considera que a intervenção ocorre entre as visitas dos profissionais, na medida em que é nestes momentos que os cuidadores podem tirar partido das oportunidades que existem, naturalmente, nos seus contextos para promover o desenvolvimento e aprendizagem das crianças. Assim, o desenvolvimento de um trabalho colaborativo com a família ou outros adultos significativos potencia a modificação e adaptação dos ambientes físicos, sociais e temporais com vista à promoção do acesso e participação da criança a experiências de aprendizagem (Division for Early Childhood, 2014). Quando a criança está integrada num contexto educativo formal, os profissionais da estrutura

educativa representam, para além da família, um papel fulcral no seu desenvolvimento através do desenvolvimento de atividades inclusivas e da oferta de experiências de aprendizagem (Gonçalves & Simões, 2009).

Um dos modelos que permite compreender e orientar os profissionais na intervenção em contextos naturais e baseada nas rotinas é o modelo desenvolvido por McWilliam (2010b). Com o propósito de descrever como deverão os profissionais atuar e, tendo por base uma abordagem coordenada e empiricamente baseada, o modelo contempla cinco componentes: a compreensão da ecologia da família, a avaliação funcional das necessidades, a prestação de serviços transdisciplinares, a realização de visitas domiciliárias alicerçadas na abordagem centrada na família e a colaboração/consultoria com a creche/jardim de infância (McWilliam, 2010b). Cada uma destas componentes tem subjacentes orientações para os profissionais de IPI, que os auxiliarão a intervir eficazmente em contextos naturais e com base nas rotinas.

Perante uma visão do desenvolvimento da criança numa perspetiva global, sistémica, contextual e ecológica (Franco, 2007), o modelo transdisciplinar parece ser aquele que permite uma melhor compreensão e resposta às prioridades da família. A IPI implica a pluralidade de saberes, formações e intervenções, sendo a equipa, que atua no sentido de responder às necessidades da família, caracterizada por profissionais de diferentes áreas disciplinares, com formação específica no seu domínio e que atuam coordenadamente (Carvalho et al., 2016; Franco, 2007). É perante esta premissa que as ELI são constituídas por profissionais de diferentes valências que, articulando entre si os conhecimentos que detêm, são capazes de prestar apoio às famílias.

O funcionamento em equipa sob o modelo transdisciplinar tem como fundamentos principais a integração de conhecimentos e estratégias por parte dos profissionais que ultrapassam a sua área disciplinar, a responsabilização de todos os membros na tomada de decisão e avaliação dos resultados e o dinamismo da equipa (Franco, 2007). Pressupõe-se que os membros da equipa colaborem entre si e estabeleçam padrões de interação e comunicação, de modo a que a prestação de serviços seja eficiente e abrangente (Woodruff & McGonigel 1988; Franco, 2007). Esta perspetiva permite que os profissionais utilizem estratégias e técnicas de outras disciplinas através de: a) extensão do papel ao desenvolver esforços para aumentar o conhecimento teórico e as capacidades; b) troca de papel ao aprender teorias, métodos e procedimentos de outras disciplinas; c) expansão do papel ao trocar e partilhar ideias e informação para aprender como fazer observações, julgamentos e recomendações acerca das diferentes perspetivas disciplinares; d) papel de suporte ao aconselhar continuamente e fornecer apoio entre os membros da equipa que são úteis, essencialmente,

quando se trata de uma intervenção difícil; e e) enriquecimento de papel ao desenvolver uma atenção e entendimento geral das diferentes disciplinas de forma a partilhar informação da terminologia e melhores práticas (King et al., 2009).

Ao identificar as prioridades que servem como orientação para a intervenção, ao contribuir com os conhecimentos acerca da criança e do seu contexto e ao envolver-se no processo, a família permite o desenvolvimento de um plano, em conjunto com os profissionais, que se ajuste às suas necessidades (Franco, 2007). Também os conhecimentos e aprendizagens que os profissionais proporcionam à família, podem ser utilizados a fim de otimizar o desenvolvimento da criança (Franco, 2007). Desta forma, a família é considerada um elemento da equipa transdisciplinar, visto que participa e toma decisões acerca do serviço.

O modelo de apoio à família é visto sob uma perspetiva abrangente, em que é designado um mediador de caso que se compromete a ajudar a família a implementar o plano de intervenção, definido em conjunto (Breia et al., 2004; Carvalho et al., 2016). O objetivo é que exista um profissional que desenvolva um trabalho de cooperação e parceria com a família no levantamento das suas prioridades e, através destas, elaborem um plano de intervenção. Ao contrário dos modelos pluridisciplinares, o modelo transdisciplinar não se trata de uma intervenção em que cada profissional avalia e intervém com a criança sob o ponto de vista das áreas deficitárias, mas sim que seja capaz de extrapolar os seus conhecimentos a partir da articulação com outros elementos da equipa e responder às necessidades da família (Breia et al., 2004; Carvalho et al., 2016; Woodruff & McGonigel, 1998). Assim, tal como refere Franco (2007), este modelo visa uma intervenção que integre as prioridades da família e não os domínios do saber do profissional individualmente.

Como tal, os avanços na IPI, nos últimos tempos, têm vindo a transformar a conceção acerca da atividade desenvolvida pelos profissionais de IPI e, conseqüentemente, conduzido à ampliação do papel dos profissionais como prestadores de serviços indiretos, uma vez que o estabelecimento de uma relação de parceria com os prestadores de cuidados da criança ocorre sem trabalhar diretamente com esta (Buisse & Wesley, 2005; Wesley & Buisse, 2004).

Foi neste sentido que surgiu a consultoria colaborativa como uma abordagem que se define por uma relação triádica dentro de um contexto que envolve o consultor (i.e., profissional de IPI) e o consultado (i.e., cuidador primário da criança) com o propósito de melhorar o desenvolvimento de uma terceira pessoa, ou seja, a criança com défice no desenvolvimento ou em risco (Brown, 1993; Buisse & Wesley, 2005). A intervenção assente nesta abordagem pretende que o consultado, como a família ou a educadora de infância da

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

criança, adquira competências e conhecimentos que o auxiliem a participar ativamente e a tornar-se agente promotor do desenvolvimento da criança (Brown, 1993).

De acordo com Buysse e Wesley (2005), o planeamento da intervenção baseado no modelo de consultoria colaborativa ocorre em oito fases: 1) estabelecimento dos primeiros contactos entre o consultor e consultado, com o objetivo de se conhecerem um ao outro e abordarem o propósito do processo de consultoria e a determinação dos papéis, expectativas e atividades; 2) construção de uma relação entre o consultor e o consultado, com vista à reunião de informações sobre o consultado e com vista à aprendizagem do consultado sobre o serviço e a sua participação no mesmo; 3) obtenção e interpretação de informações através da avaliação, no sentido de esclarecer as preocupações ou necessidades do consultado e que envolvem uma compreensão partilhada dos problemas que serão a base dos objetivos; 4) identificação de objetivos específicos pelo consultor e consultado, devendo os mesmos estar relacionados com as necessidades e preocupações identificadas na fase de avaliação e de fácil entendimento para os membros envolvidos na intervenção; 5) seleção de estratégias para alcançar os objetivos definidos, em que o consultor e consultado especificam as tarefas, quem é responsável pelas mesmas, quando estas são realizadas e onde irão decorrer, bem como quais os recursos necessários e os períodos de início e término das tarefas; 6) implementação pelo consultado das estratégias selecionadas para atingir os objetivos, com o suporte do consultor, em que existe uma partilha frequente de como está a decorrer e como poderão ser feitos ajustes, se necessário, às estratégias; 7) avaliação do plano, cuja finalidade é determinar se os objetivos acordados foram alcançados e se o processo colaborativo foi eficaz, bem como avaliar em que medida o consultado adquiriu conhecimentos, competências e experiências suficientes para prevenir ou gerir problemas semelhantes no futuro; 8) sumarizar os resultados e relevância do processo de consultoria através de uma reunião e planear os próximos passos do processo, nomeadamente como recomeçá-lo focando-se em novos e/ou diferentes preocupações, ampliar o processo relativamente a novos aspetos da preocupação original ou talvez adiar ou terminar a consultoria.

Como tal, o processo de consultoria colaborativa implica que os intervenientes, ou seja, o consultor e consultado estejam envolvidos num processo de tomada de decisão conjunta (Finelli, Sousa, & Silva, 2015) e para que o mesmo seja eficaz dever-se-á estabelecer uma relação positiva entre os membros da equipa.

O processo de consultoria colaborativa é, portanto, uma abordagem de resolução de problemas, com base nas etapas anteriormente referidas, que conduz à apropriação, por parte do consultado, dos meios que ajudam a promover e melhorar o desenvolvimento da criança

(Buysse & Wesley, 2005; Sheridan, Clarke, Knoche, & Pope Edwards, 2006; Finelli et al., 2015).

### **1.5. Estudos empíricos em Portugal acerca das práticas em IPI**

Ao longo dos tempos, o desenvolvimento dos modelos teóricos e a pesquisa empírica têm permitido concluir que os profissionais de IPI apresentam dificuldades em implementar as práticas recomendadas. Neste sentido, importa refletir sobre as práticas em IPI, no que se refere às diferentes etapas do processo, sendo apresentado em seguida alguns estudos a nível nacional e por ordem cronológica.

Começa por se referir o estudo de Mendes e colaboradores (2010) que, ao analisarem a realidade dos serviços, a avaliação do grau de implementação dos modelos e, também, a adequação das práticas desenvolvidas pelos profissionais de IPI para responder às necessidades identificadas pelos intervenientes no processo, vieram a mostrar que a intervenção dos profissionais de IPI se focava, essencialmente, na criança. Os resultados desta investigação mostraram que: a) as sessões de apoio prestadas pelos profissionais de IPI eram, essencialmente, dirigidas individualmente à criança, a um profissional da equipa ou a um serviço da comunidade; b) em situações de risco estabelecido da criança o enfoque era, igualmente, a criança, ao contrário de situações de risco biológico e ambiental onde a família desempenhava um papel mais participativo; e c) as psicólogas e terapeutas tendiam, maioritariamente, a focar-se nas crianças, enquanto as assistentes sociais se centravam exclusivamente na família. O mesmo estudo mostrou uma dificuldade no funcionamento de equipa sob o modelo transdisciplinar, uma vez que a distribuição dos casos era feita, essencialmente, com base na área profissional com mais competências para intervir em determinada problemática.

Por sua vez, Boavida e colegas (2010) investigaram a qualidade da definição dos objetivos em serviços destinados a crianças com défices no desenvolvimento ou com um elevado risco de os desenvolver, ressaltando a importância da sua definição se ajustar ao contexto e às rotinas naturais das crianças e respetivos cuidadores, ou seja, devendo os mesmos caracterizar-se pela especificidade, mensurabilidade e significado. Os autores vieram a concluir que a definição dos objetivos se pautava pela amplitude dos mesmos, pela baixa mensurabilidade e funcionalidade e, também, pela desadequação da abordagem às capacidades dentro das rotinas e dos contextos naturais.

Já em 2012, Mendes, com o propósito de analisar as perceções dos profissionais de IPI acerca das suas práticas típicas, salientou que embora os profissionais de IPI refletissem que

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

era importante implementar práticas centradas na família, reconheciam não o fazer. Além disso, os profissionais de IPI perceberam, também, que se focavam nos domínios tradicionais do desenvolvimento e, por isso, a sua intervenção incidia nas áreas mais deficitárias da criança.

Tendo analisado a percepção de 11 profissionais de IPI da região Norte, Almeida (2013) veio a evidenciar que os profissionais de IPI percebem que as diferentes áreas e experiências profissionais dos elementos que constituem a equipa, poderão apresentar-se como fator limitador da implementação do funcionamento de equipa transdisciplinar. Estes, referiram sentir necessidade de uma definição de papéis, com vista a conseguir saber o que cada um pode transmitir e o que pode esperar dos outros elementos da equipa. Ainda na região Norte, um outro estudo foi realizado por Couto (2014), que incidiu na análise da percepção dos profissionais de IPI acerca do processo de avaliação, sendo que os profissionais de IPI perceberam que não existe uma planificação com a família nesta etapa do processo, o que poderia interditar a definição dos objetivos de avaliação, a auscultação da família durante este processo (e.g. quais os intervenientes, nomeadamente no que se refere aos elementos da equipa técnica a participar na avaliação), a identificação das preocupações da família, assim como as escolhas desta e o seu papel como membro envolvido e participativo nesta etapa. Além disso, o mesmo estudo aponta que os profissionais de IPI, frequentemente, realizam avaliação no território do profissional, tal como o centro de saúde, que poderá levar a um constrangimento da família e, conseqüentemente, a uma dificuldade em que esta sinta controlo sobre este processo.

Na mesma linha de pensamento, em que a família não é envolvida no processo, aponta-se o estudo de Arroz (2015). A autora menciona que os profissionais de IPI percebem a importância da prática centrada na criança e na família, embora reconheçam que implementam práticas mais centradas na criança, justificada por práticas muito individualizadas e com limitações ao nível técnico. Além disso, a autora procurou perceber a percepção da família relativamente à utilização destas práticas, identificando a família que estas práticas são importantes e que concordam com a sua utilização, uma vez que estes são detentores de conhecimentos e competências, o que Arroz (2015) refere que poderá ser a origem da atribuição da responsabilidade das decisões aos profissionais de IPI.

Dois estudos mais recentes mantêm a ideia subjacente aos referidos anteriormente, segundo os quais a implementação das práticas não reflete práticas ideais. Um deles foi realizado por Santos (2016), que através da realização de questionários a 360 profissionais de IPI ao nível nacional (exceto ilhas) e observação direta das práticas de ELI da região de

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

Lisboa e Vale do Tejo (LVT), mostrou que os profissionais de IPI parecem conhecer as práticas recomendadas, embora tenham dificuldade em implementá-las. A autora realçou que os profissionais de IPI valorizam uma prática, maioritariamente, centrada na criança, salientando que existem profissionais que consideram que esta seja uma abordagem ideal em determinados momentos do processo de intervenção, atribuindo como fator justificativo desta perceção a pouca formação em IPI por parte dos profissionais que constituíram a sua amostra. Além disso, justifica ainda que a dificuldade dos profissionais poderá estar ligada ao facto de estarem familiarizados com determinado tipo de modelo, bem como devido à falta de uma reflexão pessoal.

Por sua vez, e no âmbito do estudo mais alargado onde se insere o presente estudo, Velez (2016) ao analisar a discrepância das perceções dos profissionais de IPI acerca das práticas típicas e ideais em 432 profissionais de IPI, confirmou que estes revelam dificuldades na atuação nos contextos naturais e nas rotinas da criança, uma vez que o seu papel se divide entre a intervenção direta com a criança e com a educadora, no que se refere à intervenção nos contextos educativos da criança. Além do mais, a autora salienta que profissionais de IPI podem encarar a avaliação como um processo mais especialista, o que poderá refletir-se na definição dos objetivos, uma vez que estes poderão não corresponder às necessidades da família.

Assim, tendo em consideração os estudos empíricos apresentados parece pertinente analisar quais as perceções dos profissionais de IPI acerca das práticas ideais no momento. Concretamente, pretende-se responder às seguintes questões:

- Qual a perceção dos profissionais de IPI acerca das práticas ideais a implementar na IPI?
- As práticas ideais percecionadas pelos profissionais de IPI refletem um modelo de trabalho colaborativo ou especialista?
- A perceção das práticas pelos profissionais de IPI, com base no modelo colaborativo ou especialista são diferentes de acordo com o grupo profissional a que pertencem?



## II. MÉTODO

### 2.1. Amostra

Na realização do presente estudo, participaram 599 profissionais de IPI, que desenvolvem a sua atividade em, pelo menos, uma das 78 (54%) ELI que aceitaram participar no mesmo. Dos 599 profissionais de IPI, 128 (21.4%) trabalhavam na sub-região Norte, 130 (21.7%) trabalhavam na sub-região Centro, 237 (39.6%) trabalhavam na sub-região Lisboa e Vale do Tejo. 87 (14.5%) trabalhavam na Sub-região do Alentejo e 17 participantes (2.8%) trabalhavam na Sub-região do Algarve.

Os profissionais de IPI que constituem a amostra tinham entre 21 e 66 anos ( $M = 41$ ,  $DP = 9.24$ ), sendo 94.8% do sexo feminino. Os anos de serviço variavam entre 1 e 43 anos ( $M = 17.06$ ;  $DP = 9.14$ ). Do total de profissionais de IPI, 505 destes (84.3%) referiram ter formação na área.

Atendendo às ELI serem compostas por profissionais com diferentes formações base, as mesmas estão refletidas no Quadro 2.1 por grupos profissionais.

**Quadro 2.1.***Grupos profissionais da amostra (n=599)*

| Grupos Profissionais             | <i>n</i> | %    |
|----------------------------------|----------|------|
| Educação                         | 236      | 39.4 |
| Educador(a)                      | 169      | 28.2 |
| Professor(a)                     | 67       | 11.2 |
| Psicossocial                     | 151      | 25.2 |
| Educador(a) Social               | 3        | 0.5  |
| Psicólogo(a)                     | 77       | 12.9 |
| Psicopedagogo(a)                 | 2        | 0.3  |
| Assistente Social                | 68       | 11.4 |
| Técnico(a) de Intervenção Social | 1        | 0.2  |
| Terapia                          | 148      | 24.7 |
| Fisioterapeuta                   | 33       | 5.5  |
| Terapeuta Ocupacional            | 32       | 5.3  |
| Terapeuta da Fala                | 73       | 12.2 |
| TEERPM                           | 5        | 0.8  |
| TSEER                            | 5        | 0.8  |
| Saúde                            | 63       | 10.5 |
| Médico(a)                        | 10       | 1.7  |
| Enfermeiro                       | 53       | 8.8  |
| Não respondeu                    | 1        | 0.2  |

*Nota: TEERPM – Técnico Educação Especial e Reabilitação Psicomotora; TSEER – Técnico Superior Educação Especial e Reabilitação*

**2.2. Instrumento**

O objeto de análise do presente estudo foi a primeira seção do inquérito *Serviços de Intervenção Precoce na Infância em Portugal* desenvolvido com base nos instrumentos Providing Center-Based ... Services in Early Intervention (Bailey, McWilliam, & Roberts, 1991a,b,c,d) e Families in Natural Environments Scale of Service Evaluation II (McWilliam, 2012).

O inquérito era composto por cinco seções: 1) sete questões de resposta aberta com situações hipotéticas que ilustravam desafios que as ELI e os seus profissionais se deparavam diariamente, sendo esta a única seção criada de raiz e em que se baseou o presente estudo; 2) 17 itens com exemplos de práticas desenvolvidas no processo de intervenção e que visavam que os profissionais de IPI se posicionassem na sua prática típica e assinalassem a prática considerada ideal, numa escala *likert* de 1 a 9 pontos; 3) identificação das ferramentas e/ou

instrumentos que os profissionais de IPI utilizavam durante o processo de IPI e ordenação da sequência das fases do processo de IPI; 4) apresentação das vantagens e desvantagens dos modelos centrado no profissional e centrado na família (consultoria colaborativa) e indicação dos fatores que atribuíam à escolha do modelo de intervenção que utilizavam no desenvolvimento da sua atividade; 5) 28 questões que diziam respeito aos dados sociodemográficos dos participantes.

### *Questões abertas com situações hipotéticas acerca das práticas ideais em IPI*

Como forma de controlar o fenómeno de desejabilidade social esperada nos instrumentos com escala *likert*, foram elaboradas sete questões de resposta aberta, que se tratavam de situações que ocorrem frequentemente nos serviços de IPI e que poderão representar dificuldades para as ELI e para os profissionais que as integram. Foi solicitado aos participantes que respondessem, a cada questão, sobre a forma que consideravam que deveriam atuar idealmente, independentemente da forma como trabalhavam no momento. As questões foram as seguintes:

- 1) Chega ao seu serviço uma família referenciada pelo(a) médico(a) de desenvolvimento com indicações para ter terapia da fala e fisioterapia. O que diria a/ faria com esta família?
- 2) É referenciada ao seu serviço uma criança com diagnóstico de paralisia cerebral podendo ter associada uma perturbação da comunicação e da relação. Como deve ser realizada a avaliação? Quem e como deveria de estabelecer os objetivos do plano desta criança?
- 3) Numa sessão anterior foi combinado que a mãe iria implementar uma estratégia específica com a sua criança. Na sua opinião esta mãe não está a implementar a estratégia corretamente. O que faria com/diria a esta mãe?
- 4) Chega à sala onde a Joana está integrada e a educadora diz que vai agora dar início a uma atividade com as crianças e que não lhe vai poder dar atenção. O que diria à educadora/ o que faria?
- 5) Está a discutir um objetivo específico com os pais do Manuel de forma a encontrarem uma estratégia para os pais implementarem durante a próxima semana. Propõe pela 3ª vez uma estratégia e pela 3ª vez os pais respondem que já tentaram e não funcionou. O que diria a estes pais? Como seguiria a intervenção?
- 6) Ficou combinado com a família e com a educadora do João, como estratégia para chegar a determinado objetivo, que este iria usar tabuleiro sempre que estivesse na sua

cadeira. Chega à sala e o João está na cadeira sem o tabuleiro. A educadora diz que é muito difícil pôr o tabuleiro porque não tem tempo. O que diria /faria com a educadora?

- 7) Ao discutir com a família do António sobre uma estratégia específica, pensa que seria mais eficaz se lhes demonstrasse o que fazer. Como procederia?

### **2.3. Procedimento**

Como parte de uma investigação mais abrangente, foi realizado um pedido de autorização à Comissão de Coordenação do SNIPI, à Comissão Nacional de Protecção de Dados e à Comissão de Ética do ISCTE-IUL.

Após a obtenção das autorizações necessárias, as cinco subcomissões regionais do SNIPI foram contactadas via e-mail e, conseqüentemente, foram convidadas a participar no estudo as 144 ELI de Portugal Continental. Seguidamente, com as ELI que aceitaram participar, foi agendada a presença do investigador na reunião de equipa para a aplicação do instrumento.

O questionário foi distribuído, no local onde se realizava a reunião da equipa, aos profissionais que concordaram em participar, destacando-lhes o carácter voluntário e anónimo das suas respostas ao mesmo. O preenchimento do questionário levou, em média, 1h30, sendo que a seção relativa ao presente trabalho levou, em média, 15min. A cada ELI foi atribuído um número, com vista ao não comprometimento do seu anonimato e à identificação dos profissionais que pertenciam à mesma equipa.

Após a aplicação do questionário, iniciou-se o processo da análise de conteúdo às respostas dos profissionais de IPI às questões supracitadas

### **2.4. Análise de Dados**

Com o propósito de realizar a análise de conteúdo, as respostas dos profissionais de IPI que participaram no estudo foram divididas em unidades de registo, ou seja, fragmentadas em segmentos de conteúdo que poderiam ser palavras ou frases que faziam sentido por si só. Numa primeira fase foram definidas dimensões, categorias e subcategorias que incidissem sobre o objetivo do estudo, tendo por base a literatura existente. Para a validação e aperfeiçoamento destas, procedeu-se à análise de 10% das unidades de registo, seleccionadas aleatoriamente pelo website [www.random.org](http://www.random.org).

Desta forma, foi desenvolvido um dicionário composto por quatro dimensões, 26 categorias e 43 subcategorias, com critérios de inclusão, exclusão e exemplos de cada uma

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

destas. Foi ainda analisada cada uma das unidades de registo, de forma a verificar se estas refletiam o modelo de trabalho colaborativo, especialista ou se não era possível identificar o modelo de trabalho utilizado.

De forma a avaliar a fidelidade das dimensões, categorias, subcategorias e modelos, dois investigadores independentes analisaram 20% das unidades de registo, igualmente selecionadas pelo website [www.random.org](http://www.random.org). O acordo variou entre 95.9% (*k* de Cohen = .93) nos modelos, e 98.9% (*k* de Cohen = .99) nas dimensões.

Tendo obtido resultados favoráveis, procedeu-se à análise das restantes (80%) unidades de registo.

Quer no decorrer da análise, quer no final desta procedeu-se a uma junção de categorias e subcategorias, devido aos conteúdos estarem relacionados, bem como os resultados mostrarem que, quando analisadas isoladamente, estas revelavam uma baixa incidência (Anexos A e B).



### III. RESULTADOS

Foram obtidas 7386 unidades de registo que foram categorizadas em quatro dimensões: *Avaliação*, com 1797 unidades de registo (24.3%), composta por três categorias e 13 subcategorias; *Planeamento da intervenção*, com 640 unidades de registo (8.7%) composta por três categorias e seis subcategorias; e *Intervenção* com 4742 unidades de registo (64.2%) com nove categorias e 23 subcategorias. As restantes 207 unidades de registo (2.8%), com duas categorias, não se referem a nenhum aspeto do conteúdo ou referem-se de modo muito geral e não permitem a sua inclusão numa das outras dimensões, constituindo a dimensão *Irrelevante* (Anexos A e B).

No que respeita aos modelos de trabalho, as unidades de registo dividiram-se pelo modelo de trabalho colaborativo (C), quando refletiam o estabelecimento, pelos profissionais de IPI, de uma relação de parceria com os prestadores de cuidados, envolvendo-os durante todo o processo de IPI ( $n=2710$ ; 36.7%) e modelo de trabalho especialista (E) quando refletiam a atuação, pelos profissionais, em que estes eram os decisores em todo o processo ( $n=3875$ ; 52.5%). Em 801 unidades de registo (10.8%), não foi possível identificar o tipo de atuação dos profissionais, tendo sido consideradas não identificáveis (N).

#### 3.1. Dimensão *Avaliação*

A dimensão *Avaliação* é constituída por três categorias: *Procedimentos de Avaliação*, *Tipo de Avaliação* e *Geral*, tal como está representado no Quadro 3.1.

Na categoria *Procedimentos de Avaliação*, foram codificadas 923 unidades de registo, que correspondem a 51.4% da dimensão *Avaliação*. Desta análise, verificou-se que as subcategorias que apresentam uma maior incidência são *Apresentação do serviço*, em que os profissionais de IPI apresentam o serviço de IPI aos prestadores de cuidados da criança, com 15% das unidades de registo e *Necessidades da família*, onde é feito o levantamento das necessidades, preocupações, prioridades e recursos da família com 11.1% das unidades de registo. Salienta-se que, embora as subcategorias *Apresentação do serviço* e *Necessidades da família* tenham sido divididas, tratam-se de procedimentos que ocorrem, essencialmente, durante os primeiros encontros com a família, nomeadamente podendo ter sido ligadas à subcategoria *Primeiro contacto*. No entanto, optou-se pela divisão das duas primeiras em relação ao *Primeiro Contacto*, uma vez que o critério para codificar nesta subcategoria dizia respeito ao facto de os profissionais de IPI abordarem este procedimento, mas não clarificarem o que era realizado no mesmo. Já a subcategoria que apresentou uma menor

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

incidência foi a subcategoria *Recursos*, com apenas 1.5% das unidades de registo. Os resultados parecem evidenciar que os profissionais de IPI abordam, essencialmente, a apresentação do serviço aos prestadores de cuidados e a auscultação das necessidades da família, enquanto referem poucas vezes os recursos ao nível da capacidade de resposta e disponibilidade dos pais e profissionais de IPI.

### Quadro 3.1.

*Frequência e percentagem das unidades de registo das categorias e subcategorias dentro da dimensão Avaliação e por modelo dentro das categorias*

|                                   | Total      |             | C        |             | E        |              | N        |      |
|-----------------------------------|------------|-------------|----------|-------------|----------|--------------|----------|------|
|                                   | <i>n</i>   | % <i>D</i>  | <i>n</i> | % C         | <i>n</i> | % C          | <i>n</i> | % C  |
| <b>Procedimentos de Avaliação</b> | 923        | 51.4        | 279      | 30.2        | 597      | <b>64.7</b>  | 47       | 5.1  |
| Primeiro contacto                 | 120        | 6.7         | 48       | 40.0        | 49       | 40.8         | 23       | 19.2 |
| Apresentação do serviço           | <b>270</b> | <b>15.0</b> | 18       | 6.7         | 246      | <b>91.1</b>  | 6        | 2.2  |
| Necessidades da família           | 199        | 11.1        | 189      | <b>95.0</b> | 7        | 3.5          | 3        | 1.5  |
| Encaminhamento outros serviços    | 92         | 5.1         | 13       | 14.1        | 77       | <b>83.7</b>  | 2        | 2.2  |
| Recursos                          | <b>27</b>  | <b>1.5</b>  | 7        | 25.9        | 17       | 63.0         | 3        | 11.1 |
| Articulação com outros serviços   | 75         | 4.2         | 2        | 2.7         | 65       | <b>86.7</b>  | 8        | 10.7 |
| Discussão em equipa               | 106        | 5.9         | 2        | 1.9         | 102      | <b>96.2</b>  | 2        | 1.9  |
| Encaminhamento técnico da equipa  | 34         | 1.9         | 0        | 0.0         | 34       | <b>100.0</b> | 0        | 0    |
| <b>Tipo de Avaliação</b>          | 817        | 45.5        | 139      | 17.0        | 638      | <b>78.1</b>  | 40       | 4.9  |
| Geral                             | 175        | 9.8         | 60       | 34.3        | 102      | 58.3         | 13       | 7.4  |
| Modelo de avaliação               | <b>112</b> | <b>6.2</b>  | 13       | 11.6        | 94       | <b>83.9</b>  | 5        | 4.5  |
| Avaliação formal e/ou informal    | 117        | 6.5         | 31       | 26.5        | 81       | 69.2         | 5        | 4.3  |
| Avaliação por especialista        | <b>299</b> | <b>16.7</b> | 10       | 3.3         | 286      | <b>95.7</b>  | 5        | 1.0  |
| Avaliação em contexto             | 114        | 6.4         | 25       | 21.9        | 75       | 65.8         | 14       | 12.3 |
| <b>Geral</b>                      | 57         | 3.1         | 14       | 24.6        | 20       | 35.1         | 23       | 59.7 |

*Legenda: C – Colaborativo; E – Especialista; N – Não identificável; % D - Percentagem dentro da dimensão; % C – Percentagem dentro da categoria*

No que se refere à análise dos modelos de trabalho nesta categoria, verificou-se uma predominância do modelo de trabalho especialista (64.7%). Para a análise dos mesmos por subcategoria, consideraram-se percentagens acima dos 70%, tal como ocorrerá na restante análise. A única subcategoria cujas unidades de registo se inseriam maioritariamente no

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

modelo de trabalho colaborativo foi a que se refere às *Necessidades da família* (95%). Por outro lado, as subcategorias em que a grande maioria das unidades de registo se inseriam no modelo de trabalho especialista foram as subcategorias *Apresentação do serviço* (91.1%), *Encaminhamento dos serviços* (83.7%), *Articulação com os serviços* (86.7%), *Discussão em equipa* (96.2%) e *Encaminhamento técnico da equipa* (100%).

Na categoria *Tipo de Avaliação*, foram codificadas 817 unidades de registo, que correspondem a 45.5% da dimensão *Avaliação*. Do total de unidades de registo, a categoria que mostrou uma maior incidência foi a *Avaliação por especialista*, em que os profissionais de IPI consideram que a avaliação da criança deverá ser realizada por profissionais com formação base na problemática da criança, com 16.7% das unidades de registo. Pelo contrário, a que revelou uma menor incidência foi a da *Modelo de Avaliação*, em que os profissionais de IPI percebem que a avaliação deve ser realizada em arena, por uma equipa multidisciplinar ou à avaliação ser feita por outros serviços, antes ou após a entrada no SNIPI, onde foram codificadas 6.2% das unidades de registo. Da análise dos modelos de trabalho nesta categoria, verificou-se que há uma maior percentagem ao nível do modelo de trabalho especialista (78.1%) onde se destacaram as subcategorias *Modelo de Avaliação* (83.9%) e *Avaliação por especialista* (95.7%).

### 3.2. Dimensão Planeamento da Intervenção

A dimensão *Planeamento da Intervenção* é constituída por três categorias: *Base da definição dos objetivos*, *Responsável pela definição dos objetivos* e *Geral*, tal como está representado no Quadro 3.2.

Na categoria *Base da definição dos objetivos* foram codificadas 201 unidades de registo que correspondem a 31.4% da dimensão *Planeamento da Intervenção*. Da análise das suas subcategorias, apurou-se que aquela que apresentou maior incidência foi a de *Necessidades da criança e/ou família*, o que significa que os profissionais de IPI consideram que a base da definição dos objetivos é, essencialmente, realizada com base nas necessidades da criança, com 19.7% das unidades de registo, sendo também esta a categoria que mostrou, em maior percentagem, o modelo de trabalho colaborativo. No que se refere ao modelo de trabalho especialista, a percepção dos profissionais de IPI verificou-se na subcategoria *Resultados da Avaliação*. Da análise do modelo nesta categoria, foi predominante o modelo colaborativo como aquele que os profissionais de IPI implementam (63.2%).

Já na categoria *Responsável pela definição de objetivos*, foram codificadas 422 unidades de registo, correspondendo esta a 65.9% da dimensão *Intervenção*. A análise das

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

subcategorias, revela que a que apresentou maior incidência foi a *Prestadores de cuidados e técnicos*, com 44.2% das unidades de registo, isto é, os profissionais de IPI consideram que devem definir os objetivos, em conjunto com os prestadores de cuidados. Da análise do modelo, verificou-se que é, essencialmente, um modelo de trabalho colaborativo (66.8%), salientando-se os valores com percentagens acima de 70%, que se referem aos *Prestadores de cuidados e Prestadores de cuidados e técnicos*. No que se refere ao modelo de trabalho especialista, o mesmo verificou-se na subcategoria *Técnicos*, com 97.4% das unidades de registo, o que se traduz na definição dos objetivos serem realizados somente pelos técnicos.

### Quadro 3.2

*Frequência e percentagem das unidades de registo das categorias e subcategorias dentro da dimensão Planeamento da Intervenção e por modelo dentro das categorias*

|  | Total      |             | C        |             | E        |             | N        |      |
|--|------------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|------|
|  | <i>n</i>   | % D         | <i>n</i> | % C         | <i>n</i> | % C         | <i>n</i> | % C  |
| <b>Base da definição dos objetivos</b>                         | 201        | 31.4        | 127      | <b>63.2</b> | 45       | 22.4        | 29       | 14.4 |
| Necessidades da criança e/ou família                           | <b>126</b> | <b>19.7</b> | 103      | <b>81.7</b> | 9        | 7.1         | 14       | 11.1 |
| Resultados da avaliação  | 46         | 7.2         | 4        | 8.7         | 34       | <b>73.9</b> | 8        | 17.4 |
| Resultados da avaliação e necessidades da criança e/ou família | 29         | 4.5         | 20       | 69.0        | 2        | 6.9         | 7        | 24.1 |
| <b>Responsável pela definição de objetivos</b>                 | 422        | 65.9        | 282      | <b>66.8</b> | 140      | 33.2        | 0        | 0.0  |
| Prestadores de cuidados  | 23         | 3.6         | 23       | <b>100</b>  | 0        | 0.0         | 0        | 0.0  |
| Prestadores de cuidados e técnicos                             | <b>283</b> | <b>44.2</b> | 256      | <b>90.5</b> | 27       | 9.5         | 0        | 0.0  |
| Técnicos   | 116        | 18.1        | 3        | 2.6         | 113      | <b>97.4</b> | 0        | 0.0  |
| <b>Geral</b>   | 17         | 2.7         | 1        | 5.9         | 4        | 23.5        | 12       | 70.6 |

*Legenda: C – Colaborativo; E – Especialista; N – Não identificável; % D - Percentagem dentro da dimensão; % C – Percentagem dentro da categoria*

### 3.3. Dimensão Intervenção

A dimensão *Intervenção* é constituída por nove categorias: *Ajuste/modificação da estratégia, Implementação dos objetivos/estratégias, Importância da estratégia, Conversar com os prestadores de cuidados, Demonstração da estratégia, Ajuda posterior, Observação, Recursos e Geral*, tal como está representado no Quadro 3.3.

Na categoria *Ajuste/modificação da estratégia* foram codificadas 863 unidades de registo, representando 18.2% da dimensão *Intervenção*. A categoria que revelou uma maior

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

incidência é a que se designa por *Prestadores de cuidados e técnicos*, com 7.7% das unidades de registo, o que significa que os profissionais de IPI referem que o ajuste/modificação da estratégia deverá ser realizada, em conjunto, com a família. No entanto, não se verificou uma diferença considerável com a subcategoria *Técnicos*, com 7.3% unidades de registo. Já no que se refere à análise do modelo de trabalho, esta categoria revelou uma tendência superior no modelo de trabalho colaborativo, com 47.0% das unidades de registo. As subcategorias que mostraram, maioritariamente, o modelo de trabalho colaborativo foram as *Prestadores de cuidados e Prestadores de cuidados e técnicos*, apresentando percentagens superiores a 70%. Relativamente ao modelo de trabalho especialista, verificou-se na subcategoria *Técnicos*.

Relativamente à categoria *Implementação dos objetivos/estratégias* foram codificadas 262 unidades de registo, que correspondem a 5.5% da dimensão *Intervenção*. A subcategoria que apresentou uma maior incidência foi a *Implementação da mesma estratégia*, com 2.3% das unidades de registo, o que revela que os profissionais de IPI consideram que deverá ser mantida a mesma estratégia, mesmo quando já foi experimentada e não resultou. Ao analisar o modelo de trabalho, verificou-se que esta categoria demonstrou o modelo de trabalho especialista, sendo as subcategorias *Prestadores de cuidados e Técnicos* representativas deste, com percentagens acima de 70%. O modelo de trabalho colaborativo revelou uma baixa incidência, sendo o valor máximo de 18% que diz respeito à subcategoria *Implementação da mesma estratégia*.

**Quadro 3.3**

*Frequência e percentagem das unidades de registo das categorias e subcategorias dentro da dimensão Intervenção e por modelo dentro das categorias*

|   |            |             | C        |             | E         |             | N        |      |
|---|------------|-------------|----------|-------------|-----------|-------------|----------|------|
|   | <i>n</i>   | % D         | <i>n</i> | % C         | <i>n</i>  | % C         | <i>n</i> | % C  |
| <b>Ajuste/modificação da estratégia</b>             | 863        | 18.2        | 406      | <b>47.0</b> | 356       | 41.3        | 101      | 11.7 |
| Prestadores de cuidados                             | 56         | 1.2         | 47       | <b>83.9</b> | 4         | 7.1         | 5        | 8.9  |
| Prestadores de cuidados e técnicos                  | <b>364</b> | <b>7.7</b>  | 345      | <b>94.8</b> | 17        | 4.7         | 2        | 0.5  |
| Técnicos  | 347        | 7.3         | 12       | 3.5         | 334       | <b>96.3</b> | 1        | 0.3  |
| Geral   | 96         | 2.0         | 2        | 2.1         | 1         | 1.0         | 93       | 96.9 |
| <b>Implementação dos objetivos/estratégias</b>      | 262        | 5.5         | 29       | 11.1        | 208       | <b>79.4</b> | 25       | 9.5  |
| Prestadores de cuidados                             | 54         | 1.1         | 8        | 14.8        | 40        | <b>74.1</b> | 6        | 11.1 |
| Técnicos  | 97         | 2.0         | 1        | 1.0         | 95        | <b>97.9</b> | 1        | 1.0  |
| Implementação da mesma estratégia                   | <b>111</b> | <b>2.3</b>  | 20       | 18          | 73        | 65.8        | 18       | 16.2 |
| <b>Importância da estratégia</b>                    | 519        | 11.0        | 124      | 23.9        | 385       | <b>74.2</b> | 10       | 1.9  |
| Importância da implementação da estratégia          | <b>399</b> | <b>8.4</b>  | 14       | 3.5         | 379       | <b>95.0</b> | 6        | 1.5  |
| Importância estratégia para prestadores de cuidados | 121        | 2.6         | 110      | <b>90.9</b> | 7         | 5.8         | 4        | 3.3  |
| <b>Conversar com os prestadores de cuidados</b>     | 979        | 20.6        | 711      | <b>72.6</b> | 194       | 19.8        | 74       | 7.6  |
| Decorrer da implementação de estratégias            | <b>779</b> | <b>16.4</b> | 678      | <b>87.0</b> | 72        | 9.2         | 29       | 3.7  |
| Discutir a atividade                                | 27         | 0.6         | 14       | 51.9        | 11        | 40.7        | 2        | 7.4  |
| Falar no final                                      | 91         | 1.9         | 15       | 16.5        | 34        | 37.4        | 42       | 46.2 |
| Inclusão da criança                                 | 81         | 1.7         | 4        | 4.9         | 76        | <b>93.8</b> | 1        | 1.2  |
| <b>Demonstração da estratégia</b>                   | 804        | 17.0        | 318      | 39.6        | 480       | <b>59.7</b> | 6        | 0.7  |
| Prestadores de cuidados                             | 60         | 1.3         | 55       | <b>91.7</b> | 3         | 5.0         | 2        | 3.3  |
| Prestadores de cuidados e técnicos                  | 254        | 5.4         | 236      | <b>92.9</b> | 16        | 6.3         | 2        | 0.8  |
| Técnicos  | <b>490</b> | <b>10.3</b> | 27       | 5.5         | 461       | <b>94.1</b> | 2        | 0.4  |
| <b>Ajuda posterior</b>                              | 307        | 6.5         | 97       | 31.6        | 141       | <b>45.9</b> | 69       | 22.5 |
| Agendamento sessão posterior                        | <b>262</b> | <b>5.5</b>  | 96       | 36.6        | 98        | 37.4        | 68       | 26.0 |
| Colaboração da equipa                               | 45         | 0.9         | 1        | 2.2         | <b>43</b> | <b>95.6</b> | 1        | 2.2  |

*Legenda: C – Colaborativo; E – Especialista; N – Não identificável; % D - Percentagem dentro do domínio; % C – Percentagem dentro da categoria*

**(Continua)**

**Quadro 3.3 (Continuação)**

*Frequência e percentagem das unidades de registo das categorias e subcategorias dentro do domínio e por modelo dentro das categorias*

|                   |            |            | C        |      | E          |             | N        |      |
|-------------------|------------|------------|----------|------|------------|-------------|----------|------|
|                   | <i>n</i>   | % D        | <i>n</i> | % C  | <i>n</i>   | % C         | <i>n</i> | % C  |
| <b>Observação</b> | 424        | 8.9        | 58       | 13.7 | 336        | <b>79.2</b> | 30       | 7.1  |
| Naturalista       | 81         | 1.7        | 20       | 24.7 | 53         | 65.4        | 8        | 9.9  |
| Participante      | <b>343</b> | <b>7.2</b> | 38       | 11.1 | 283        | <b>82.5</b> | 22       | 6.4  |
| <b>Recursos</b>   | 394        | 8.3        | 91       | 23.1 | 263        | <b>66.8</b> | 40       | 10.2 |
| Disponibilidade   | 136        | 2.9        | 52       | 38.2 | 67         | 49.3        | 17       | 12.5 |
| Humanos           | <b>238</b> | <b>5.0</b> | 35       | 14.7 | <b>187</b> | <b>78.6</b> | 16       | 6.7  |
| Materiais         | 20         | 0.4        | 4        | 20.0 | 9          | 45.0        | 7        | 35.0 |
| <b>Geral</b>      | 190        | 4.0        | 22       | 11.6 | 41         | 21.6        | 127      | 66.8 |

*Legenda: C – Colaborativo; E – Especialista; N – Não identificável; % D - Percentagem dentro do domínio; % C – Percentagem dentro da categoria*

Relativamente à categoria *Importância da estratégia* foram codificadas 519 unidades de registo, que correspondem a 11% da dimensão *Intervenção*. A subcategoria que apresentou maior incidência foi a *Importância da implementação da estratégia*, com 8.4% das unidades de registo, o que significa que os profissionais de IPI consideram que devem abordar os prestadores de cuidados acerca da importância destes implementarem determinada estratégia. Dentro da categoria, foi também aquela que mostrou a atuação dos profissionais no modelo de trabalho especialista.

Na categoria *Conversar com os prestadores de cuidados* foram codificadas 979 unidades de registo, correspondendo a 20.6% da dimensão *Intervenção*. A subcategoria que apresentou maior incidência foi a *Conversar acerca das estratégias*, correspondendo à maioria das unidades de registo desta categoria, nomeadamente, 16.4% das unidades de registo. De igual forma, esta categoria mostrou o modelo de trabalho colaborativo como o mais predominante. O modelo de trabalho especialista foi predominante quando os profissionais percecionam que devem abordar os prestadores de cuidados acerca da inclusão da criança, com uma percentagem acima de 70%, e diz respeito aos prestadores de cuidados incluírem a criança nas diferentes atividades a decorrer.

Na categoria *Demonstração da estratégia* foram categorizadas 804 unidades de registo, que correspondem a 17% da dimensão *intervenção*. A subcategoria com maior incidência foi a que se refere aos *Técnicos*, com 10.3% das unidades de registo, o que significa que os profissionais de IPI consideram que a demonstração da estratégia deve ser realizada por eles e, por isso, revela práticas sob o modelo de trabalho especialista. O modelo

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

de trabalho colaborativo foi notório quando os profissionais percebem que a demonstração da estratégia deve ser realizada pelos *Prestadores de cuidados* (91.7%) e aos *Prestadores de cuidados e Técnicos* (92.9%), não apresentando ambas as subcategorias uma diferença considerável.

No que concerne à categoria *Ajuda posterior*, foram codificadas 307 unidades de registo, que correspondem a 6.5% da dimensão *Intervenção*. A categoria com maior incidência foi a de *Agendamento sessão posterior*, com 5.5% das unidades de registo, o que significa que os profissionais de IPI agendam uma sessão com os prestadores de cuidados, a fim de conversar com estes acerca das estratégias ou de realizar uma demonstração. Ao analisar o modelo de trabalho dos profissionais de IPI, verificou-se que não existe muita diferença nesta categoria no que se refere ao mesmo, sendo a sua predominância no modelo de trabalho especialista.

Na categoria *Observação*, codificaram-se 424 unidades de registo, correspondendo a 8.9% da dimensão *Intervenção*. Das duas subcategorias existentes, aquela que mostrou uma maior incidência foi a *Participante*, constituindo-se pela maioria das unidades de registo da categoria, correspondendo a 7.2% das unidades de registo, que se traduz na utilização da metodologia de observação participante pelos profissionais de IPI, quando não é possível prestar apoio à criança. Da análise do modelo, verificou-se que os profissionais de IPI mostraram, essencialmente, um modelo de trabalho especialista, com percentagens acima de 70%, ao contrário do modelo de trabalho colaborativo, cujas percentagens variam entre 11.1% e 24.7%.

No que se refere aos *Recursos*, categorizaram-se 394 unidades de registo, o que corresponde a 8.3% da dimensão *Intervenção*. A maior incidência verificou-se na subcategoria *Humanos*, com 5.0% das unidades de registo, o que se traduz no facto dos profissionais de IPI procurarem encontrar opções, isto é, outras pessoas, para a implementação de estratégias. Da análise do modelo, foi evidente a predominância do modelo de trabalho especialista, sendo a subcategoria supramencionada a que apresenta uma percentagem superior a 70%, nomeadamente, 78.6%.

### **3.4. Dimensão Irrelevante**

A dimensão *Irrelevante* é constituída por duas categorias: *Geral* e *Outro*. De um total de 207 unidades de registo nesta dimensão, 55.1% foram codificadas na categoria *Geral*, enquanto 44.9% foram codificadas na categoria *Outro*.

Salienta-se que embora as unidades de registo analisadas nesta dimensão revelem que os profissionais de IPI não responderam, concretamente, à questão, o seu conteúdo permitiu identificar o tipo de abordagem utilizada por estes. Nesse sentido, verificou-se a existência de unidades de registo que espelharam o modelo de trabalho colaborativo ou especialista. No entanto, a maioria das unidades de registo foram classificadas como não sendo possível de identificar qual das duas abordagens em estudo mais implementam (81.2%).

Na categoria *Geral*, obteve-se um resultado de 6.1% de unidades de registo, em que os profissionais de IPI mostraram enquadrar-se no modelo de trabalho colaborativo, enquanto 19.6% no modelo de trabalho especialista.

Relativamente à categoria *Outro*, 5.4% das unidades de registo foram codificadas no modelo de trabalho colaborativo, enquanto as outras 5.4% unidades de registo foram codificadas no modelo de trabalho especialista.

### **3.5. Modelo colaborativo ou especialista de acordo com o grupo profissional**

Atendendo à existência de profissionais de IPI de diferentes valências que compõem as ELI, importa analisar se as suas respostas diferiram de acordo com o grupo profissional a que pertencem. Dos resultados obtidos, representados no Quadro 3.4., verificou-se que os diferentes grupos profissionais acompanham os resultados gerais.

Ao nível da dimensão *Avaliação*, em que a maioria das unidades de registo foram classificadas como pertencendo ao modelo de trabalho especialista (69.8%), entre os diferentes grupo profissionais a variação, sempre dentro do mesmo modelo, foi entre 67.4% do grupo profissional Terapia e 72.8% do grupo Educação.

No que se refere à dimensão *Planeamento de intervenção*, a maioria das unidades de registo foram classificadas como pertencendo ao modelo de trabalho colaborativo (64.1%), entre os diferentes grupos profissionais a variação, sempre dentro do mesmo modelo, foi entre 58.6% do grupo profissional Saúde e 69.0% do grupo Psicossocial.

Já no que se refere à dimensão *Intervenção*, mais de metade das unidades de registo foram classificadas como pertencendo ao modelo de trabalho especialista (50.7%), entre os grupos profissionais a variação, sempre dentro do mesmo modelo, foi entre 44.6% do grupo profissional Saúde e 54.8% do grupo Educação.

PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

**Quadro 3.4**

*Frequência e percentagem das unidades de registo do grupo profissional por modelo dentro das dimensões*

|                           | Avaliação |      |          |             | Planeamento da Intervenção |             |          |      | Intervenção |      |          |             |
|---------------------------|-----------|------|----------|-------------|----------------------------|-------------|----------|------|-------------|------|----------|-------------|
|                           | C         |      | E        |             | C                          |             | E        |      | C           |      | E        |             |
| <b>Grupo profissional</b> | <i>n</i>  | %    | <i>n</i> | %           | <i>n</i>                   | %           | <i>n</i> | %    | <i>n</i>    | %    | <i>n</i> | %           |
| Educação                  | 152       | 22.0 | 503      | 72.8        | 157                        | 62.5        | 79       | 31.5 | 605         | 34.0 | 974      | 54.8        |
| Terapia                   | 125       | 26.0 | 324      | 67.4        | 111                        | 63.8        | 52       | 29.9 | 512         | 39.8 | 649      | 50.5        |
| Psicossocial              | 114       | 25.2 | 306      | 67.5        | 107                        | 69.0        | 37       | 23.9 | 540         | 44.3 | 575      | 47.2        |
| Saúde                     | 40        | 24.0 | 118      | 70.7        | 34                         | 58.6        | 21       | 36.2 | 197         | 43.1 | 204      | 44.6        |
| <b>Total</b>              | 432       | 24.0 | 1255     | <b>69.8</b> | 410                        | <b>64.1</b> | 189      | 29.5 | 1856        | 39.1 | 2404     | <b>50.7</b> |

*Legenda: C – Colaborativo; E – Especialista; N – Não identificável*

## IV. DISCUSSÃO

No presente capítulo ir-se-á realizar uma discussão dos resultados obtidos, confrontando-os com as questões de investigações anteriormente formuladas, isto é, analisar a percepção dos profissionais de IPI relativamente às práticas ideais em IPI e se as mesmas refletem um modelo colaborativo ou especialista, bem como analisar se a percepção das práticas pelos profissionais de IPI, com base no modelo de trabalho colaborativo ou especialista, difere de acordo com o grupo profissional a que pertencem.

É de salientar que as questões realizadas incidem sobre as três etapas do processo de IPI, referindo-se a primeira e segunda questão à avaliação; a segunda, também ao planeamento da intervenção e; as restantes referem-se à intervenção. Como tal, a maioria das unidades de registo referem-se a esta última etapa.

### 4.1. Perceção dos profissionais de IPI acerca das práticas ideais

Tal como referido anteriormente, as unidades de registo foram divididas em dimensões, que correspondem às etapas do processo de IPI, nomeadamente *Avaliação*, *Planeamento da Intervenção* e *Intervenção*. Nesse sentido, torna-se pertinente analisar as mesmas de acordo com a predominância das categorias e subcategorias que lhe estão subjacentes, bem como a ligação entre elas.

No que se refere à dimensão *Avaliação* as subcategorias mais expressivas da categoria *Procedimentos de Avaliação* são *Apresentação do serviço*, *Necessidades da família* e *Primeiro contacto*, representando, respetivamente, 15.0%, 11.1% e 6.7%. Estes parecem ser, segundo a percepção dos profissionais de IPI, os procedimentos a realizar após a referenciação da criança à ELI e, por isso, dizem respeito aos primeiros encontros com a família e outros cuidadores. Neste sentido, a percepção dos profissionais de IPI relativamente aos procedimentos da avaliação parece ir ao encontro do ideal, uma vez que após a referenciação, os profissionais de IPI devem prestar informação à família acerca do serviço e fazer um levantamento nas necessidades, preocupações, expectativas e recursos da família (Carvalho et al., 2016).

Com base nas necessidades ou preocupações identificadas pela família, registos médicos, relatórios de avaliações anteriores, os intervenientes no processo, mais concretamente a família e os profissionais de IPI, poderão iniciar a próxima fase do processo, o planeamento da avaliação (Bailey, 1991). Da análise dos resultados relativamente ao *Tipo de Avaliação*, a subcategoria mais expressiva foi a *Avaliação por especialista*,

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

correspondendo a 16.7% da dimensão *Avaliação*. Isto significa que os profissionais de IPI percebem que a avaliação deverá ser realizada por um especialista, isto é, que deverá ser um profissional de IPI da área problemática da criança a avaliá-la e, por isso, parecendo a percepção dos profissionais de IPI evidenciar uma dificuldade em adotar um modelo transdisciplinar, uma vez que têm dificuldade em utilizar estratégias e técnicas de outras áreas disciplinares (King et al., 2009).

No que se refere à dimensão *Planeamento da Intervenção*, verificou-se que os profissionais de IPI percebem que os objetivos deverão ser definidos com base nas *Necessidades da criança e/ou família*, sendo esta subcategoria a mais expressiva, representando 19.7% da dimensão *Planeamento da Intervenção*. No sentido também de planejar a intervenção, os profissionais de IPI percebem que quem deverá ser responsável pela definição dos objetivos deverá ser os *Prestadores de cuidados e técnicos*, representando 44.2% da dimensão. Nesse sentido, ambos os resultados parecem ir ao encontro daquilo que é apontado como ideal, uma vez que a literatura defende que os objetivos, estratégias, atividades e recursos deverão apoiar as expectativas e necessidades da família para potenciar o desenvolvimento da criança, (Carvalho et al., 2016) e, para isso, o planeamento da intervenção dever-se-á efetuar pelos intervenientes no processo, mais especificamente, pelos profissionais de IPI, a família e outros cuidadores que a família considere importante, desenvolvendo-se um trabalho de colaboração entre os intervenientes no processo (e.g. Leviton et al., 1992; Murphy et al., 1992; Dunst & Trivette, 2000; Dunst, 2007; Carvalho et al., 2016). No entanto, importa salientar que os resultados mostram que ainda existem profissionais de IPI que consideram que deverão ser responsáveis pela definição dos objetivos, representando 18.1% da dimensão *Planeamento da Intervenção* e, por isso, contrariando a prática recomendada. Da análise das unidades de registo verificou-se que poderá haver uma ligação entre a atribuição da responsabilidade da definição dos objetivos aos profissionais de IPI e os resultados da avaliação, isto é, os profissionais de IPI que referiram que devem ser eles a definir os objetivos, também consideram que estes deverão ser definidos com base nos resultados da avaliação somente ou conjugando os resultados da avaliação e necessidades da criança e/ou família. Assim, estes resultados vêm a corroborar o estudo de Mendes (2012), segundo o qual os profissionais de IPI ainda tendem a formular objetivos que focam os défices da criança.

Relativamente à dimensão *Intervenção*, quando os profissionais se referem a um *Ajuste/modificação de estratégias*, tanto referem que este deverá ser realizado pelos *Prestadores de cuidados e técnicos* (7.7%), parecendo esta percepção ser tradutora da prática

ideal, visto que há um planeamento, em conjunto, das decisões e a tomada de decisão informada (e.g. Dunst & Trivette, 2000; Leviton et al., 1992), como referem que este deve ser realizados pelos *Técnicos* (7.3%), o que se traduz numa prática que não envolve a família (Dunst, 2007). Por sua vez, sendo o ajuste/modificação feito apenas pelos técnicos, as estratégias definidas poderão não ser tradutoras de objetivos funcionais e que respondam às necessidades da família (Boavida et al., 2010; P.J. McWilliam, 2003).

Relativamente à categoria *Implementação dos objetivos/estratégias*, a subcategoria mais expressiva é a *Implementação da mesma estratégia*, representando 2.3% da dimensão, o que poderá ser explicado pelo facto dos profissionais de IPI responderem, em mais do que uma questão do questionário, independentemente do conteúdo da mesma, que deverão implementar a mesma estratégia (e.g. “Continuaria a tentar.”; “(...) Acima de tudo não desistir, ser persistente e tentar de novo.”). Comparando ainda dentro da categoria, os resultados mostraram que a subcategoria *Técnicos* é duas vezes mais referida do que a subcategoria *Prestadores de cuidados*, o que significa que os profissionais de IPI consideram que deverão ser eles a implementar os objetivos/estratégias, corroborando estudos que refletem que os profissionais de IPI prestam sessões em que intervêm, direta e individualmente, com a criança (e.g. Mendes et al., 2010; Mendes, 2012).

Na categoria *Importância da estratégia*, a subcategoria mais expressiva foi a que se refere à *Importância da implementação da estratégia*, representando 8.4% da dimensão, isto é, os profissionais de IPI abordam, em grande parte, com os prestadores de cuidados a importância destes implementarem determinada estratégia, ao contrário da subcategoria *Importância estratégia para prestadores de cuidados*. Isto significa que os profissionais de IPI parecem perceber que devem e têm que implementar a estratégia, mais do que considerar as necessidades e prioridades da família e aquilo que estes últimos consideram ser mais benéfico para si e para a criança (Leviton et al., 1992; P.J. McWilliam, 2003).

No que concerne à categoria *Conversar com os prestadores de cuidados* a subcategoria *Decorrer da implementação de estratégias* é a que se mostra mais expressiva (16.4%). Nesta subcategoria, os profissionais de IPI questionam a família sobre como está a decorrer a implementação das estratégias, que resultados obtiveram das mesmas e o que consideram que poderia ser melhor ou se sentem necessidade de alterar alguma coisa na estratégia. Neste sentido, os resultados parecem ir ao encontro dos tópicos referidos por Rush e Shelden (2011 citado por Carvalho et al., 2016) como essenciais para iniciar uma conversa com a família, bem como parecem mostrar que os profissionais de IPI consideram ideal ter em consideração as preocupações e prioridades da família (Carvalho et al., 2016).

No que diz respeito à *Demonstração da estratégia*, os resultados permitiram verificar que os profissionais de IPI percebem que deve esta ser realizada pelos *Técnicos*, ou seja, os profissionais de IPI percebem que a demonstração da estratégia, quando sentida como necessária, deverá ser feita por eles, o que parece ir contra os passos da demonstração defendidos por McWilliam, (n.d), segundo os quais tanto os profissionais como os prestadores de cuidados deverão participar neste momento, em que deverá ser respeitada a vontade da família na demonstração dos profissionais mas, também, onde lhe é oferecida a oportunidade de o fazer; ao contrário do que quando percebem que esta deverá ser feita, em conjunto, com os *Prestadores de cuidados e técnicos* que, embora apresentada em minoria, parece evidenciar que alguns profissionais de IPI já trabalham mais de encontro ao que é recomendado.

No que se refere à categoria *Ajuda posterior*, a subcategoria mais expressiva é a *Agendamento da sessão posterior* (5.5%). Os resultados parecem evidenciar que, os profissionais de IPI realizam este agendamento quando algum dos prestadores de cuidados não mostra disponibilidade para discutir ou demonstrar estratégias ou quando intervêm diretamente com a criança e, por isso, necessitam de agendar uma sessão para discutir a atividade, o que mais uma vez parece evidenciar uma adoção de práticas mais centradas na criança, como revelam os estudos (e.g. Mendes, 2012).

No que concerne à categoria *Observação*, a subcategoria mais expressiva é a *Participante*. Esta categoria poder-se-á relacionar com a categoria *Recursos*, nomeadamente, com a subcategoria *Humanos*, isto é, os profissionais de IPI percebem que, quando os prestadores de cuidados primários não implementam as estratégias, devem participar ativamente com a criança nas atividades ou procuram que outros intervenientes (e.g. auxiliar de sala) implementem as estratégias. Isto vai ao encontro do estudo de Arroz (2015) em que a intervenção é focada no trabalho direto com a criança, embora ocorra nos contextos naturais desta e que a implementação das estratégias não corresponde ao ideal, segundo o qual deverão ser as pessoas que passam mais tempo com a criança a intervir (McWilliam, 2010b).

### **4.2. Práticas dos profissionais de IPI de acordo com o modelo de trabalho**

Os resultados parecem evidenciar que os profissionais de IPI, ao descreverem as práticas que seriam ideais, ainda propõem práticas que refletem, essencialmente, o modelo de trabalho especialista, correspondendo a 52.5% das unidades de registo da análise.

Na dimensão *Avaliação*, esta situação ocorre em ambas as categorias. Na subcategoria *Apresentação do serviço*, o racional para a codificação baseou-se na análise de se os

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

profissionais de IPI colocavam ou não questões à família acerca de expectativas do serviço, sobre se o mesmo ia ao encontro das suas necessidades e se queriam ou não usufruir da intervenção no SNIPI (Carvalho et al., 2016), a codificação sob este modelo de trabalho parece evidenciar que os profissionais de IPI ainda não o conseguem fazer. De igual forma, nas subcategorias *Encaminhamento técnico da equipa*, *Encaminhamento outros serviços* e *Discussão em equipa* os profissionais de IPI parecem evidenciar tomar as decisões acerca do processo e não possibilitam à família decidir quais os intervenientes no processo, se consideram que outros serviços possam responder melhor às suas necessidades, bem como assumem que é necessário que o processo de determinada criança seja discutido em equipa, não envolvendo a família, aspetos que são importantes a considerar de acordo com Carvalho e colaboradores (2016). No que se refere ao *Tipo de Avaliação*, as subcategorias *Avaliação por especialista* mostram a tendência para o profissional de IPI tomar a decisão acerca dos profissionais da área problemática da criança para realizar a avaliação, o que vai contra o funcionamento em equipa transdisciplinar e à importância do envolvimento da família no planeamento da intervenção (e.g. Almeida, 2013; Franco, 2007; King et al., 2009).

A mesma situação ocorre na maioria das categorias da dimensão *Intervenção* onde os profissionais ainda: a) privilegiam o trabalho direto com a criança, o que se pôde verificar através do número de unidades de registo na *implementação dos objetivos/estratégias* ser realizada por estes, mas também na utilização da metodologia de observação *Participante* com vista a incluir a criança nas atividades, não envolvendo a educadora na tomada desta decisão; b) considerem que os prestadores de cuidados devem ser convencidos da importância de implementarem determinada estratégia evidenciado na subcategoria *Importância da implementação da estratégia*, c) solicitem a *colaboração da equipa* sem consultar os prestadores de cuidados acerca da sua decisão e, portanto, tomando controlo do processo de IPI, e, por fim, d) optem por procurar outras pessoas para a implementação dos objetivos/estratégias, ou seja, na subcategoria recursos *Humanos*, sem questionar a educadora acerca das suas necessidades, preocupações e recursos. Como tal, estes resultados parecem não ir ao encontro das práticas recomendadas, uma vez que os prestadores de cuidados deveriam ser envolvidos nas diferentes etapas do processo, tomar decisões no mesmo e o processo decorrer de acordo com as suas necessidades, preocupações e recursos (Knoche, Cline, & Marvin., 2012; Pinto et al., 2012; Carvalho et al., 2016).

No entanto, também parecem já existir práticas em que os profissionais de IPI assumem como ideal o modelo de trabalho colaborativo, nomeadamente no *Planeamento da Intervenção*, no qual os profissionais de IPI consideram, maioritariamente, que a *Base da*

*definição dos objetivos* devem ser as *Necessidades da criança e/ou família*; deverão ser os *Prestadores de cuidados* ou os *Prestadores de cuidados e técnicos* os ser *Responsáveis pela definição dos objetivos*. Na *Intervenção*, em cerca de metade das unidades de registo analisadas é considerado que o ajuste/modificação *de estratégias* deve ser realizado pelos *Prestadores de cuidados e técnicos* e que no *Decorrer da implementação de estratégias* os profissionais de IPI se devem preocupar em conversar com os prestadores de cuidados. Isto vem, então, a corroborar a perspetiva de Murphy e colaboradores (1995) e Dunst e Trivette (2000), ao afirmarem que é a partir da parceria estabelecida entre os intervenientes que irá ser planeado o foco da intervenção com vista a responder às necessidades da família.

Por fim, na categoria *Demonstração da estratégia*, as subcategorias *Prestadores de cuidados* e *Prestadores de cuidados e técnicos* parecem evidenciar a adoção do modelo de trabalho colaborativo, o que vem ao encontro dos passos apontados por McWilliam (n.d.) como ideais para demonstrar uma estratégia, isto é, em que há um trabalho conjunto entre os intervenientes no planeamento da demonstração, como referido anteriormente.

Em suma, o presente estudo parece indicar que os profissionais de IPI, embora comecem a interiorizar algumas práticas colaborativas como ideais, ainda descrevem como ideais práticas que espelham: um modelo de trabalho especialista; uma dificuldade em trabalhar transdisciplinarmente; uma limitação do envolvimento e participação da família durante o processo e uma dificuldade na intervenção em contextos naturais com tendência para intervir diretamente com a criança.

### **4.3. Diferenças entre grupo profissional e percepção das práticas de acordo com o modelo**

Da análise da percepção das práticas dos profissionais de IPI relativamente ao modelo de trabalho colaborativo ou especialista, verificou-se que não existem diferenças entre eles, isto é, independentemente do grupo profissional a que pertencem os profissionais de IPI as suas percepções não diferem dentro da dimensão e do modelo de trabalho adotado.

### **4.4. Limitações, contributos e estudos futuros**

A investigação revelou apresentar limitações. Uma delas, que só foi detetada aquando a análise das unidades de registo diz respeito à questão 4 do inquérito (cf. página 23), uma vez que a leitura dos profissionais de IPI parece mostrar que estes não compreenderam se a atenção não poderia ser dada à criança ou à educadora, o que terá influenciado na categorização das respostas à mesma. Por outro, a quantidade de dados obtidas permitiu uma análise alargada daquilo que se passa ao nível nacional. No entanto, o tratamento de

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

informação sob uma análise qualitativa, num curto espaço de tempo, poderá ter condicionado o desempenho do investigador.

Contudo, espera-se, no entanto, que a presente investigação, ao descrever as atuais percepções dos profissionais de IPI acerca das práticas ideais, seis anos após a entrada em vigor do Decreto-Lei nº281/2009, possa contribuir na clarificação do estado atual da IPI, ao nível continental, uma vez que não se encontraram estudos feitos a este nível. Da análise geral, importa salientar que as práticas dos profissionais de IPI parecem, ainda, não ir ao encontro das práticas recomendadas. Como tal, dever-se-á apostar na formação dos profissionais de IPI que, embora a sua maioria, indique que tem formação na área, parece não evidenciar a percepção das práticas recomendadas em IPI. Além disso, a supervisão deverá ser aliada a esta formação, uma vez que uma monitorização das práticas poder-se-á traduzir numa implementação mais próxima das práticas recomendadas, com vista ao seu alcance pleno (Pinto et al., 2012).

Uma vez que o presente estudo se inclui num projeto mais amplo, importa referir a fase seguinte, ou seja, poderá ser um forte contributo compreender mais profundamente as crenças, conhecimentos, necessidades e expectativas destes elementos relativamente aos serviços de IPI através de *focus groups*, ao nível nacional, com profissionais de IPI, famílias e educadores de infância do ensino regular. Além disso, também se constituem como sugestões de estudos futuros a análise das reuniões de equipa das ELI, com recurso à metodologia da observação, a fim de compreender o modelo de trabalho que as equipas operacionalizam, isto é, se o modelo transdisciplinar é adotado ou não. Atendendo ao facto dos profissionais de IPI referirem a articulação com outros serviços, mas não ficando claro em que sentido é que esta ocorre e como se processa, seria pertinente a realização de um estudo que incidisse na análise da articulação entre as ELI com outros serviços de primeira infância que prestam apoio às crianças e respetivas famílias. Propõe-se ainda estudar uma outra questão, que já requer alguma consideração ao nível político, uma vez que se refere ao enquadramento legislativo, ou seja, analisar o impacto das diferenças na atuação dos profissionais de IPI de acordo com o ministério ao qual têm de responder.

Em suma, ainda existe um “(...) hiato entre a investigação e a prática, que se traduz numa deficiente utilização de práticas baseadas em evidências (...)” tal como referiu Almeida (2011, p.5), mostrando que ainda existe um longo caminho a percorrer. Por outro lado, um projeto recente de Carvalho e colaboradores (2016), permitiu a publicação do guia *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um guia para profissionais*, que se tem vindo a traduzir numa referência para orientar os profissionais de IPI na operacionalização de

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

práticas recomendadas em IPI. Desta forma, a sua utilização e, paralelamente, a formação dos profissionais de IPI poder-se-ão mostrar como focos essenciais para o alcance do que é recomendado na IPI.

**FONTES**

Decreto-Lei n.º 281/2009. Diário da República - 1ª Série n.º 193 – 6 de outubro de 2009, pp. 7298-7301.

Decreto-Lei n.º 3/2008. Ministério da Educação. Diário da República, 1ª Série n.º 4 – 7 de Janeiro de 2008, pp. 154–164.

Despacho-Conjunto n.º 891/99. Diário da República, 2ª Série n.º 244 – 19 de outubro de 1999, pp. 7298-7301.

Direção-Geral da Educação (2015). *Circular n.º S-DGE/2015/2555* de 20 de julho de 2015.

Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Reabilitação, Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (2006). Plano de acção para a integração de pessoas com deficiências ou incapacidades 2006-2009. Disponível em <http://www.inr.pt/uploads/docs/programaseprojectos/paipdi/PAIPDIdesenv.pdf>

Organização Mundial de Saúde [OMS], Organização Panamericana de Saúde [OPS] (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. S. Paulo: Ed. Universidade de S. Paulo.

United Nations Organization (1989). The United Nations Convention on the Rights of the Child. New York, NY: United Nations.



**BIBLIOGRAFIA**

Allen, R. I., & Petr, C. G. (1995). Family-centered service delivery: A cross-disciplinary literature review and conceptualization. *Lawrence, KS: The Beach Center on Families and Disability, The University of Kansas.*

Allen, R. I., & Petr, C. G. (1996). Toward developing standards and measurements for family-centered practices in family support programs. In G.H. Singer, L. E. Powers, & A. L. Olson (Eds.), *Redefining family support: Innovations in public private partnerships* (pp. 57-85). Baltimore, MD: Paul Brookes.

Almeida, C. A. M. C. B. (2013). *Transdisciplinaridade em intervenção precoce na infância: Perceção de uma Equipa Local de Intervenção* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.) Disponível em <http://recil.grupolusofona.pt/xmlui/bitstream/handle/10437/4025/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Carla%20-%20C%C3%B3pia.pdf?sequence=1>

Almeida, I. C. (2004). Intervenção precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade?. *Análise Psicológica*, 22(1), 65-72.

Almeida, I. C. (2007). *Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias* (Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade do Porto). Disponível em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/47/1/TESE%20TEGE1%20-%2017453.pdf>

Almeida, I. C. de, Carvalho, L., Ferreira, V., Grande, C., Lopes, S., Pinto, A. I., ... Serrano, A. M. (2011). Práticas de intervenção precoce baseadas nas rotinas: Um projecto de formação e investigação. *Análise Psicológica*, 29(1), 83–98. doi:10.14417/ap.614

Arroz, A. (2015). *Práticas de intervenção precoce na infância: Quem faz o quê, onde e como?* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa). Disponível em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4496/1/17806.pdf>

Bailey, D. B. (1987). Collaborative goal-setting with families: Resolving differences in values and priorities for services. *Topics in Early Childhood Special Education*, 7(2), 59-71.

Bailey, D. (1991). Building positive relationships between professionals and families In M. J. McGonigel, R. K. Kaufmann, & B. H. Johnson (Eds.), *Guidelines and Recommended Practices for the Individualized Family Service Plan* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp.29-38). Bethesda, MD: Association for the Care of Children's Health.

Bailey, D. B., McWilliam, R. A., & Roberts, J. E. (1991a). Providing center-based occupational therapy services in early intervention. Frank Porter Graham Child Development Center, University of North Carolina at Chapel Hill.

Bailey, D. B., McWilliam, R. A., & Roberts, J. E. (1991b). Providing center-based physical therapy services in early intervention. Frank Porter Graham Child Development Center, University of North Carolina at Chapel Hill.

Bailey, D. B., McWilliam, R. A., & Roberts, J. E. (1991c). Providing center-based special education therapy services in early intervention. Frank Porter Graham Child Development Center, University of North Carolina at Chapel Hill.

Bailey, D. B., McWilliam, R. A., & Roberts, J. E. (1991d). Providing center-based speech-language services in early intervention. Frank Porter Graham Child Development Center, University of North Carolina at Chapel Hill. Bhering, E., & Sarkis, A. (2009). Modelo bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner: implicações para as pesquisas na área da Educação Infantil. *Horizontes, Itatiba*, 27(2), 7-20.

Bairrão, J. & Almeida, I.C. (2002). Contributos para o estudo das práticas de intervenção precoce em Portugal. Lisboa: Ministério da Educação

Bairrão, J. (2006). "MAYDAY MAYDAY" -Intervenção Precoce. *Jornal de Letras*, Novembro-Dezembro.

Boavida, T., Aguiar, C., McWilliam, R. A., & Pimentel, J. S. (2010). Quality of individualized education program goals of preschoolers with disabilities. *Infants & Young Children*, 23(3), 233-243.

Boavida, T., Aguiar, C., & McWilliam, R. A. (2014). A training program to improve IFSP/IEP goals and objectives through the routines-based interview. *Topics in Early Childhood Special Education*, 33(4), 200-211.

Boavida, T., Aguiar, C., McWilliam, R.A., & Correia, N. (2016). Effects of an in-service training program using the routines-based interview. *Topics in Early Childhood Special Education*, 1-11. Hammill Institute on Disabilities. doi: 10.1177/0271121415604327.

Breia, G., Almeida, I. C. D., & Colôa, J. (2004). *Conceitos e práticas em intervenção precoce*. Lisboa: Ministério da Educação–Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American psychologist*, 32(7), 513-531.

Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American Psychologist*, 34(10), 844-850

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental psychology*, 22, 723-742.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2005). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology*, (6<sup>th</sup> ed., Vol. 1, pp.793-828). New Jersey: John Wiley & Sons.

Brown, D. (1993). Training consultants: A call to action. *Journal of Counseling & Development*, 72(2), 139-143.

Bruder, M. B. (2000). Family-centered early intervention: Clarifying our values for the new millennium. *Topics in early childhood special education*, 20(2), 105-115.

Buysse, V., & Wesley, P. W. (2005). *Consultation in early childhood settings*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.

Carvalho, L., Almeida, I. C., Felgueiras, I., Leitão, S., Boavida, J., Santos, P. C., ... Franco, V. (2016). *Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância: Um guia para profissionais*. Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce.

Couto, D. (2014). *Práticas das equipas locais de intervenção no processo de avaliação de crianças referenciadas para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Braga). Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/30213/1/Diana%20Patr%C3%ADcia%20da%20Silva%20Couto.pdf>

Division for Early Childhood. (2014). *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education 2014*. Disponível em <http://www.dec-sped.org/recommendedpractices>

Dunst, C. J. (2000). Revisiting "rethinking early intervention". *Topics in early childhood special education*, 20(2), 95-104.

Dunst, C.J. (2007). Early intervention for infants and toddlers with development disabilities. In S. L.Odom, , R. H. Horner, , M. E. Snell, & J. Blacher (Eds.), *Handbook of developmental disabilities* (pp. 161-180). New York, NY: Guilford Press.

Dunst, C. J., & Bruder, M. B. (2002). Valued outcomes of service coordination, early intervention, and natural environments. *Exceptional children*, 68(3), 361-375.

Dunst, C. J. & Trivette, C. M. (2000). Recommended practices in family-based practices. In S. Sandall, M. E. McLean, & B. J. Smith, *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education* (pp. 54-61). Longmont, CO: Sopris West.

Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1988). *Enabling and empowering families: Supporting and strengthening families* ( Vol. 1). Cambridge, MA: Brookline Books.

Finelli, L. A. C., Sousa, E. M., & Silva, G. F. (2015). Collaborative consulting: a proposal for school intervention [Consultoria colaborativa: uma proposta de intervenção escolar]. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, Vol. Extr., 2, 70-73. doi: 10.17979/reipe.2015.0.02.606

Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*, 11, 113–121. doi:10.5380/psi.v11i1.6452.

Gamelas, A. (2003). Ideias, teorias e práticas actuais em intervenção precoce. In A. Gamelas (Ed.), *Contributos para o estudo da ecologia de contextos pré-escolares inclusivos* (pp. 17-36). Lisboa: Departamento da Educação Básica.

Gonçalves, M., & Simões, C. (2009). Práticas de intervenção precoce na infância: As necessidades das famílias de crianças com Necessidades Educativas Especiais. *Gestão e desenvolvimento*, 17, 157-174.

Gronita, J., Matos, C., Pimentel, J. S., Bernardo, A. C., & Marques, J. D. (2011). Intervenção precoce: O processo de construção de boas práticas (Relatório final não publicado). Lisboa: Cooperativa Torrequia. Retirado de [http://www.gulbenkian.pt/media/files/FTP\\_files/pdfs/PGDesenvolvimentoHumano/PGDH\\_RelBoasPraticas.pdf](http://www.gulbenkian.pt/media/files/FTP_files/pdfs/PGDesenvolvimentoHumano/PGDH_RelBoasPraticas.pdf).

King, G., Strachan, D., Tucker, M., Duwyn, B., Desserud, S., & Shillington, M. (2009). The application of a transdisciplinary model for early intervention services. *Infants & Young Children*, 22(3), 221-223.

Knoche, L. L., Cline, K. D., & Marvin, C. A. (2012). Fostering collaborative partnerships between early childhood professionals and the parents of young children. In R. C. Pianta, W. S. Barnett, L. M. Justice, & S. M. Sheridan (Eds.), *Handbook of early childhood education* (pp. 370-386). New York, London: The Guilford Press.

Lopes, V. P., & Maia, J. A. R. (2017). Períodos críticos ou sensíveis: revisitar um tema polémico à luz da investigação empírica. *Revista Paulista de Educação Física*, 14(2), 128-140.

Leviton, A., Mueller, M., & Kauffman, C. (1992). The family-centered consultation model: Practical applications for professionals. *Infants & Young Children*, 4(3), 1-8.

McWilliam, P.J. (2003). Práticas de intervenção precoce centradas na família. In P.J. McWilliam, E.R Crais & P.J. Winton. *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família* (pp. 10-21). Porto: Porto Editora.

McWilliam, R.A (n.d.). Early Intervention Home Visit\* Framework Applying McWilliam's Behavioral Consultation Conceptual Model for Addressing Functional IFSP Outcomes. Cedido pelo autor

McWilliam, R. A. (2010a). *Working with families of young children with special needs*. New York: Guilford Press.

McWilliam, R. A. (2010b). *Routines-based early intervention: Supporting young children and their families*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.

McWilliam, R. A. (2012). Families in Natural Environments Scale of Service Evaluation II (FINESSE II). Siskin Children's Institute, Chattanooga.

Mendes, A. L. B. (2012). *Construção de boas práticas em intervenção precoce*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Educação e Ciências, Lisboa). Disponível em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10733/1/Fim.pdf>

Mendes, M. (2010). Avaliação da qualidade em intervenção precoce: Práticas no distrito de Portalegre. (Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto). Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53579/2/29587.pdf>

Mendes, E., Pinto, A. I., & Pimentel, J. S. (2010). Qualidade das práticas em intervenção precoce: Uma prioridade. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 3009-3023. Braga: Universidade do Minho.

Murphy, D. L., Lee, I. M., Turnbull, A. P., & Turbiville, V. (1995). The family-centered program rating scale: An instrument for program evaluation and change. *Journal of Early Intervention, 19*(1), 24-42.

Nelkin V. (1987). Family-centered health care for medically fragile children: Principles and practices. Washington, DC.: Georgetown University Child Development Center.

Pacheco, R. (2013). Intervenção Precoce na Infância: Uma abordagem ao risco ambiental na Região Autónoma dos Açores. (Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto). Disponível em <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4061/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Raquel%20Pacheco.pdf>

Pereira, A. P., & Serrano, A.M. (2010a). Abordagem centrada na família em intervenção precoce: Perspectivas histórica, conceptual e empírica. *Revista Diversidades, 27*, 4-11.

Pereira, A. P., & Serrano, A. M. (2010b). Intervenção precoce em Portugal: Evidências e consequências. *Inclusão: Revista da Educação Especial, 10*, 101-120.

Phillips, D. A., & Shonkoff, J. P. (Eds.). (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academies Press.

Pimentel, J. S. (2005). Intervenção focada na família: Desejo ou realidade: Percepções de pais e profissionais sobre as práticas de apoio precoce a crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Pinto, A. I., Grande, C., Aguiar, C., Almeida, I. C., Felgueiras, I., Pimentel, J. S., ... 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.

Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In E. Zigler (Author) & J. Shonkoff & S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*, (135-159). Cambridge: Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511529320.009

Sameroff, A. J., & Mackenzie, M. J. (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and psychopathology, 15*, 613-640. doi: 10.1017/S0954579403000312

Sandall, S., Hemmetter, M. L., Smith, B., & McLean, M. (2005). *DEC recommended practices: A comprehensive guide for application in early intervention/early childhood special education*. Longmont, CO: Sopris West.

Santos, M. (2016). *Percepções sobre práticas em intervenção precoce: Do real ao ideal* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa).

Serrano, A. M., & Boavida, J. (2011). Early childhood intervention: The Portuguese pathway towards inclusion. *Revista de Educación Inclusiva, 4*, 123-138.

Sheridan, S. M., Clarke, B. L., Knoche, L. L., & Pope Edwards, C. (2006). The effects of conjoint behavioral consultation in early childhood settings. *Early Education and Development, 17*(4), 593-617.

Shonkoff, J. P., & Fisher, P. A. (2013). Rethinking evidence-based practice and two-generation programs to create the future of early childhood policy. *Development and psychopathology, 25*, 1635-1653. doi: 10.1017/S0954579413000813

Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (1990). Early childhood intervention: The evolution of a concept. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 3-31). New York: Cambridge University Press.

Smith, B. J., Strain, P. S., Snyder, P., Sandall, S. R., McLean, M. E., Ramsey, A. B., & Sumi, W. C. (2002). DEC Recommended practices: A review of 9 years of EI/ECSE research literature. *Journal of Early Intervention, 25*, 108-119.

Soriano, V. (2005). *Intervenção precoce na infância: Análise das situações na Europa, aspectos-chave e recomendações*. Bruxelas: European Agency for Development in Special Needs Education.

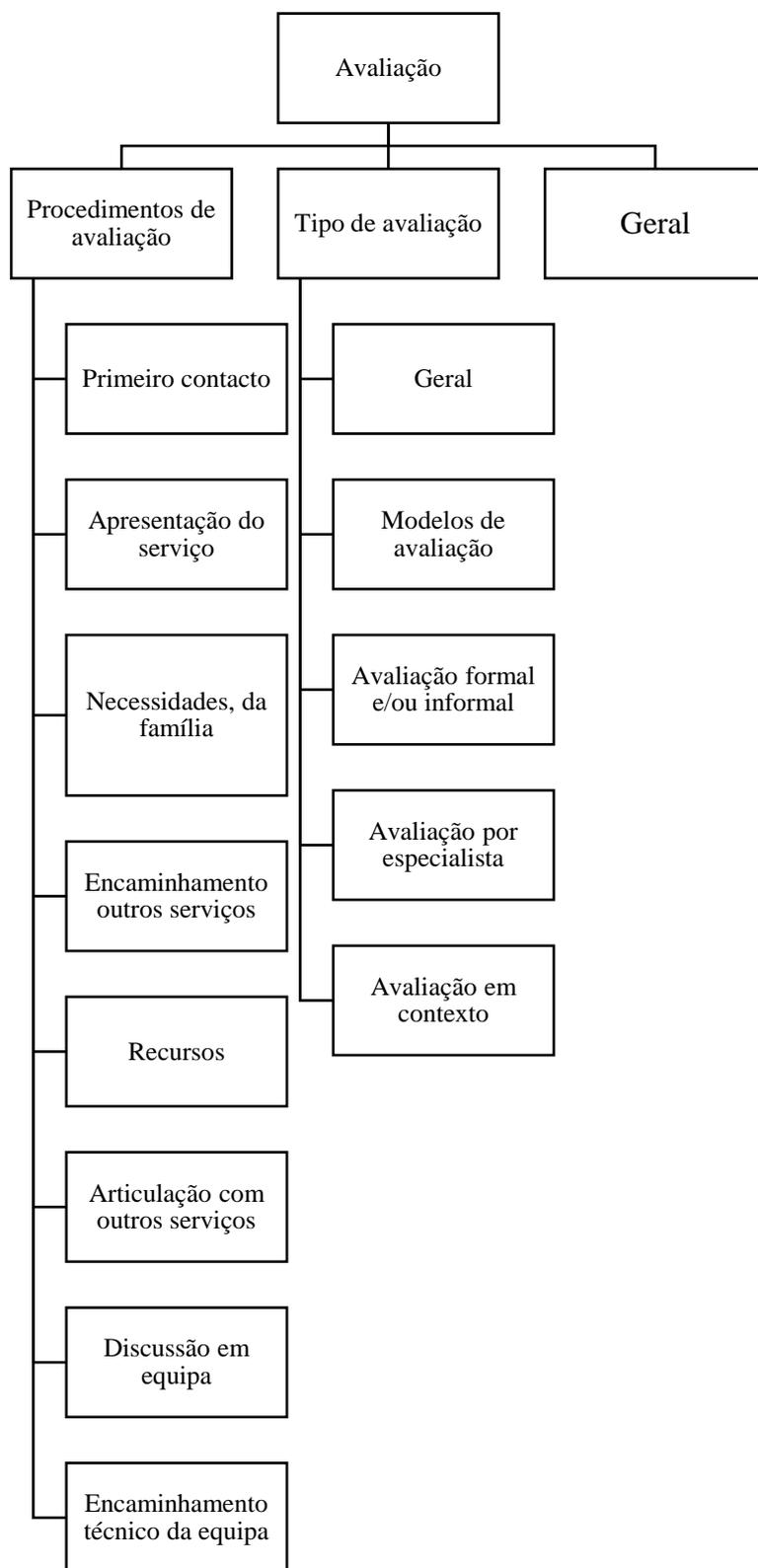
Velez, Â. (2016). *Práticas típicas ideais de consultoria colaborativa em intervenção precoce na infância: Perceção dos profissionais* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa). Disponível em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/5350/1/10914.pdf>

Waldfogel, J. (1999). *Early childhood interventions and outcomes*. London: Centre for Analysis of Social Exclusion. Disponível em [http://eprints.lse.ac.uk/6497/1/Early\\_Childhood\\_Interventions\\_and\\_Outcomes.pdf](http://eprints.lse.ac.uk/6497/1/Early_Childhood_Interventions_and_Outcomes.pdf)

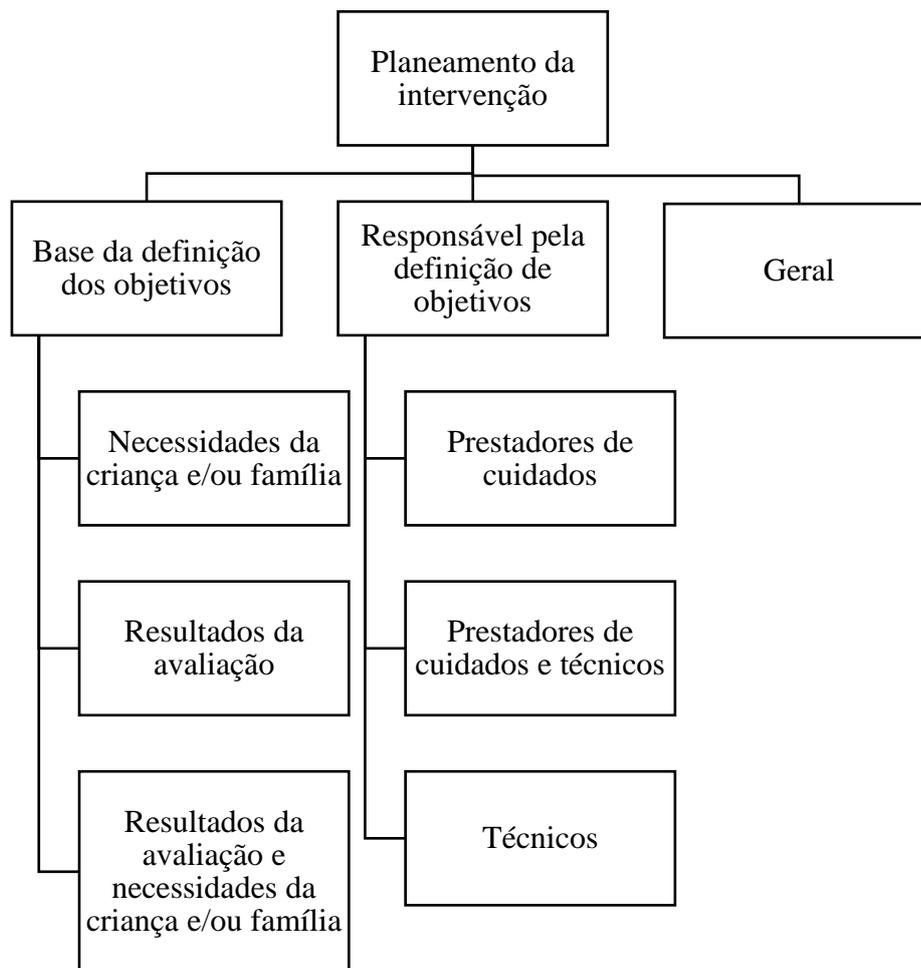
Wesley, P. W., & Buysse, V. (2004). Consultation as a framework for productive collaboration in early intervention. *Journal of Educational and Psychological Consultation, 15*(2), 127-150. doi: 10.1207/s1532768xjepc1502\_2

Woodruff, G. & McGonigel, M.J. (1988). Early intervention team approach: The transdisciplinary model. In J.J. Gallegher, P. Huntinger, J.B. Jordan, & M.B. Karnes. (Eds), *Early childhood special education: Birth to three* (pp. 164-181). Reston, VA: Council for Exceptional Children.

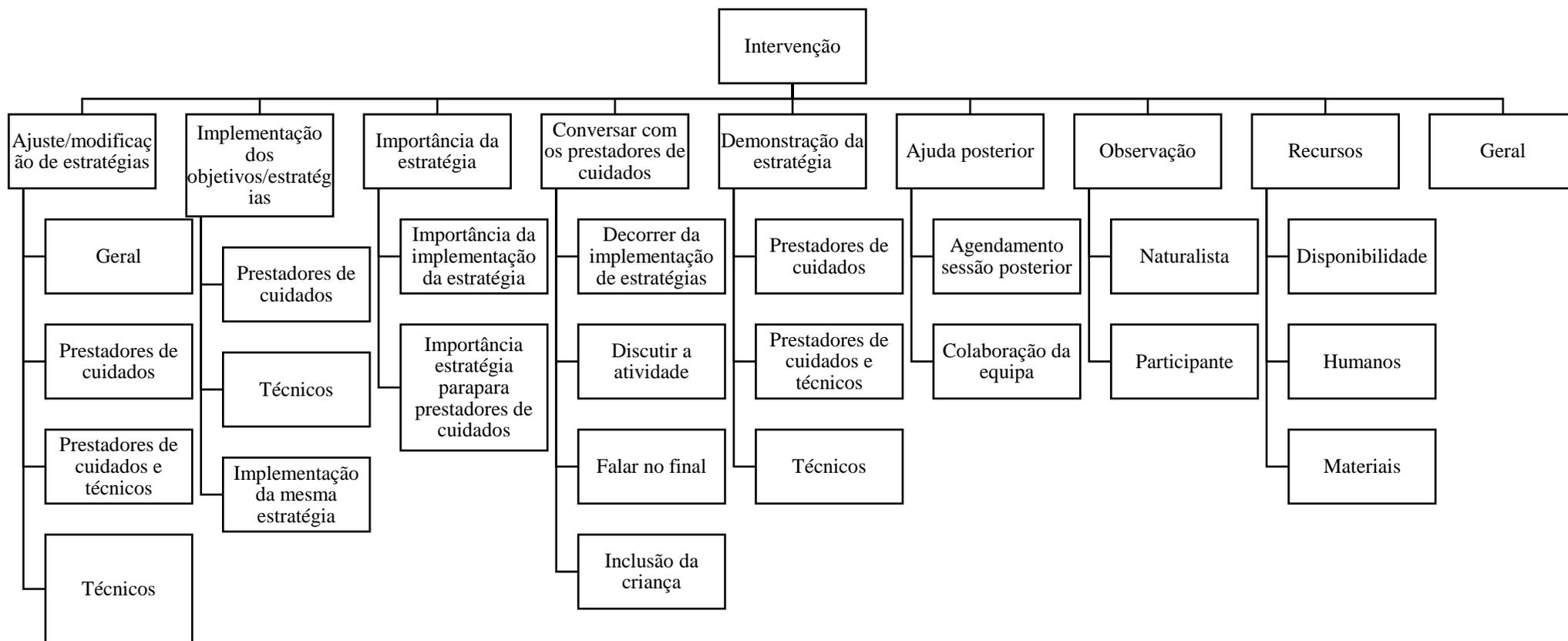
ANEXO A – Esquemas facilitadores do dicionário de categorias



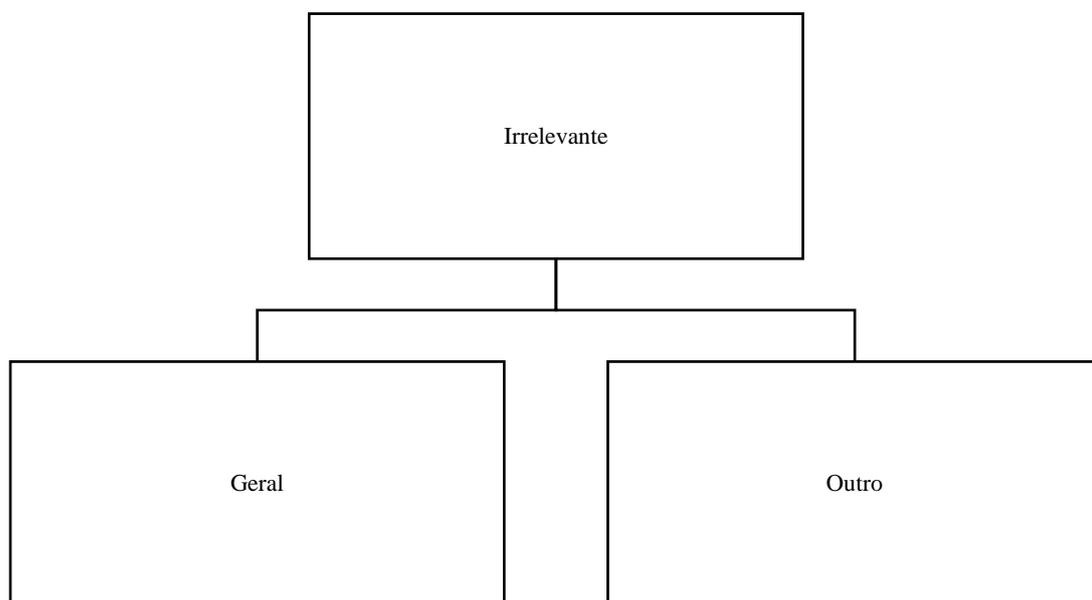
ANEXO A – Esquemas facilitadores do dicionário de categorias



ANEXO A - Esquemas facilitadores do dicionário de categorias



**ANEXO A** - Esquemas facilitadores do dicionário de categorias



ANEXO B – Dicionário de categorias

|                  | <b>Categoria</b>           | <b>Subcategoria</b>     | <b>CrITÉrios de Inclusão</b>  | <b>CrITÉrios de Exclusão</b>  | <b>Unidades de Registo</b>   |
|------------------|----------------------------|-------------------------|---|---|--|
| <b>Avaliação</b> |                            | Primeiro contacto       | Se referem à realização do primeiro contacto da família, podendo especificar os procedimentos do mesmo                    | Não referem ao primeiro contacto ou não especificam procedimentos do mesmo                              | "A família é convocada para uma reunião inicial, onde são explicados os princípios do trabalho em intervenção precoce. São igualmente preenchidos os documentos de abertura do processo. " Marcaria os primeiros contactos com a família e a criança."; "Existe um primeiro contacto com a família, que normalmente é feito telefonicamente, para combinar dia e hora para entrevista à família e explicar como funcionam os nossos serviços." |
|                  | Procedimentos de avaliação | Apresentação do serviço | Se referem à apresentação do serviço de IPI à família, podendo referir como funciona, composição e princípios subjacentes | Não se referem à apresentação do serviço de IPI à família   | "...a importância dos cuidadores nas rotinas ao nível da continuidade da intervenção"; "além de trabalharmos transdisciplinarmente trocando informações, técnicas e estratégias para atuarmos melhor"  |
|                  |                            | Necessidades da família | Se referem ao momento em que são auscultadas e avaliadas as necessidades, prioridades, preocupações e recursos da família | Não referem o momento em que auscultam as necessidades, prioridades, preocupações e recursos da família | "(...) e percebia qual as necessidades e prioridades da família", "Começaria por perguntar quais as suas preocupações...", "Faria o levantamento às preocupações, necessidades e prioridades da família (e os seus desafios práticos nas rotinas do dia-a-dia (...))"; "(...)e após observação tomar conhecimento das necessidades/preocupações principais da família"   |

PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

Avaliação

|                                    |   |   |   |
|------------------------------------|---|---|---|
| Encaminhamento<br>outros serviços  | Se referem ao encaminhamento da criança/família para outro serviço  | Não se referem ao encaminhamento da criança/família para outro serviço ou esse encaminhamento seja realizado dentro da equipa | "Posteriormente faria o encaminhamento se a família me solicitasse, uma vez que na equipa não temos esses profissionais"; "Por fim encaminharíamos a família para o serviço adequado"; "(...) tratava de orientar, ou não para SE (modelo 5020)", "(...) requerimento do SEE para terapias (...)"; "ou ajudar a família a encontrar na comunidade respostas para as suas necessidades"  |
| Recursos                           | Se referem à disponibilidade dos e da família e, também, da capacidade de resposta da ELI   | Não se referem à disponibilidade dos e da família e, também, da capacidade de resposta da ELI                                 | "...no caso de não haver técnicos ou horário disponível para apoiar a família"; "Referia que a equipa tem alguns recursos técnicos, no entanto, é difícil os técnicos terem tempo e disponibilidade para apoiarem."; "tendo em consideração a disponibilidade dos pais /cuidadores e profissionais, de modo a compatibilizar horários."; "e a capacidade de resposta que a equipa terá. "   |
| Articulação com<br>outros serviços | Se referem a articular com outros serviços, nomeadamente, com os serviços que referenciam, que consideram ser necessários no caso específico, serviços que a família já beneficia ou serviços para realizar a avaliação da criança. | Quando não se referem à articulação com outros serviços   | "...e se necessário articular com o referido médico de família", "articular com o médico de desenvolvimento as respostas educativas", "Antes de estar com a família teria que clarificar com o referenciador o papel da ELI"; "e seriam também verificados os apoios já existentes para esta família no que diz respeito à Associação de Paralisia Cerebral. Posteriormente seria nomeado um gestor de caso que fizesse a articulação com a referida Associação"; "Primeiro deveríamos avaliar quais os apoios que já beneficia, ou seja, se tem outras |

Avaliação

|                   |                                  |  |  |  |
|-------------------|----------------------------------|--|--|--|
|                   |                                  |  | estruturas envolvidas, como por exemplo: o centro de paralisia ou APPDA. Se sim, articular com os serviços. "; "Se a criança não for encaminhada pela consulta de desenvolvimento a consulta de fisioterapia, articulamos esses serviços para avaliação em fisioterapia, pois não temos fisio; " |  |
|                   | Discussão em equipa              | Se referem a discutir em equipa a referência ou outras etapas do processo de avaliação     | Quando não referem a discussão do caso em equipa ou a referência é avaliada pelo mediador de caso nomeado.   | "O caso seria discutido em equipa..."; "Em primeiro lugar seria discutido em equipa os técnicos que fariam o primeiro contacto", "As novas referências são trazidas a reunião de equipa e é decidido em conjunto quem são o(s) técnico(s) indicados para dar continuidade ao processo de audição. (...); "2º Avaliação, análise e discussão em equipa;"; "e de seguida iria a reunião de polo para aferir critérios e possível início de avaliação diagnóstica." |
|                   | Encaminhamento técnico da equipa | Se referem ao encaminhamento da criança/família para um técnico da ELI                     | Não se referem ao encaminhamento da criança para um técnico da ELI ou referem o encaminhamento para outros serviços  | "Encaminharia para o técnico da terapia."; "e só depois poderia encaminhar a família para as terapias."; "Encaminharia para o técnico específico existente na equipa (...); "e, depois, entrava em contacto com a terapeuta da fala e a fisioterapeuta da ELI para ajudar a família."  |
| Tipo de avaliação | Geral                            | Se referem à elaboração de uma avaliação em geral, não especificando que tipo de avaliação | Se referem à avaliação, especificando o tipo de avaliação  | "e em seguida procedia à avaliação conjunta da criança (técnico-família)."; "Depois observaria a criança."; "e posteriormente agendava, caso a família confirmasse a intervenção da equipa, a avaliação do desenvolvimento. "  |

PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

Avaliação

|                                |  |   |  |
|--------------------------------|--|---|--|
| Modelos de avaliação           | Se referem a uma avaliação em arena, multidisciplinar ou transdisciplinar; ou ainda se refiram à avaliação que foi ou será realizada por outros serviços | Não se referem a uma avaliação em arena, multidisciplinar ou transdisciplinar ou não se refiram à avaliação por outros serviços | "Em seguida procedia a uma avaliação em arena", "...seguida de avaliação em arena"; "Começar pela avaliação multidisciplinar com toda a equipa"; "A avaliação deveria ser feita por qualquer elemento da ELI, uma vez que todos são capazes de fazer uma observação holística da criança."; "recolhemos informação médica (relatórios) "; "Recolher relatórios médicos, psicológicos, "; ""Avaliação médica das áreas mais comprometidas"; "recolhemos informação médica (relatórios) "; "Recolher relatórios médicos, psicológicos, " |
| Avaliação formal e/ou informal | Se referem à realização de avaliação formal e informal, isoladamente ou em conjunto  | Não se referem à avaliação formal e informal, isoladamente ou em conjunto   | "Primeiro a nível global através da SGSII e só se apresentar critérios, é feita avaliação específica"; "(...) mas terá de existir uma avaliação formal e informal da equipa que depois irá definir se tem critérios e quais os apoios que irá ter."; "(...)proceder à sua avaliação segundo o modelo que utilizamos (Portage)"; ""Numa primeira fase será feita uma EBR..."  |
| Avaliação por especialista     | Se referem à realização da avaliação ser por um técnico especialista   | Não se referem à realização da avaliação ser por um técnico especialista ou esta seja realizada por outro tipo de avaliação     | "e solicitar aos profissionais em causa (terapeuta da fala e fisioterapeuta) uma avaliação"; "Estes profissionais de saúde (terapeuta da fala e fisioterapeuta) da equipa iriam avaliar a criança"; "A avaliação deve ser realizada por o profissional da equipa que tiver mais experiência nesta área. "; "Sempre que possível o profissional que   |

|           |                       |   |   | melhor/maior competência e conhecimento tem em função do diagnóstico "   |
|-----------|-----------------------|---|---|--|
| Avaliação | Avaliação em contexto | Se referem à realização de avaliação em contexto ou especifiquem o contexto da avaliação (e.g. domicílio, jardim-de-infância, etc.) | Não se referem à avaliação em contexto ou refiram outro modelo de avaliação           | "Em equipa, seria avaliada a criança no seu contexto de vida"; "Em contexto, casa ou jardim-de-infância, dois técnicos iriam avaliar a criança com base numa observação naturalista. "; "Será importante realizar esta avaliação nos diferentes contextos (escola, casa, etc.) da criança, baseando-nos na observação das suas capacidades e comportamentos. " |
|           | Geral                 | Se referem ao conteúdo em geral no que se refere à dimensão avaliação   | Se referem ao conteúdo que se insira numa das outras categorias da dimensão avaliação | "O processo iria obter um número. Seguidamente seriam distribuídos 2 técnicos para fazer um primeiro contacto. "; "Esta criança teria critérios de elegibilidade."; "Os objetivos e atividades têm em consideração o plano individual de educadores."; "O diagnóstico não significa/não é o mesmo que o perfil da criança.";                                   |

Anexo B – Dicionário de categorias

| Categoria                  | Subcategoria   | Critérios de Inclusão  | Critérios de Exclusão  | Unidades de Registo   |
|----------------------------|--|--|--|---|
| Planeamento da Intervenção | Necessidades da criança e/ou família                           | Se referem, em específico, à definição dos objetivos com base nas necessidades da criança e/ou família                             | Não se referem à base da definição dos objetivos ou os mesmos sejam baseados nos resultados da avaliação   | "Após esta observação serão traçados os objetivos do PIIP com a colaboração dos pais, tendo em conta sempre as preocupações, necessidades e expetativas dos pais/cuidadores"; "Os objetivos correspondem às expetativas da família e respeitam as necessidades da criança."   |
|                            | Resultados da avaliação  | Se referem, especificamente, à definição dos objetivos com base nos resultados da avaliação que realizam                           | Não se referem à base da definição dos objetivos ou os mesmos sejam baseados nas necessidades da criança e/ou família                                    | "...que reuniriam e estabeleceriam em conjunto os objetivos para a criança (de acordo com o avaliado nas diferentes áreas"; "Os objetivos têm que ser desenvolvidos com os resultados da avaliação e observação naturalista em contexto"  |
|                            | Resultados da avaliação e necessidades da criança e/ou família | Se referem à definição dos objetivos tendo como base os resultados da avaliação efetuada e as necessidades da criança e/ou família | Não se referem à base da definição dos objetivos ou os mesmos sem baseados só nos resultados da avaliação ou só nas necessidades da criança e/ou família | "de acordo com as necessidades e preocupações da família e de acordo com a nossa avaliação faríamos um plano."; "Os objetivos deveriam ser estabelecidos, consoante os resultados da avaliação e preocupações da família."; "e segundo os resultados da avaliação seriam delineados objetivos específicos para os problemas encontrados e para as necessidades da família."; "com base nos resultados da avaliação e das necessidades da família. " |

PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

|                            |   |                                    |   |  |   |
|----------------------------|---|------------------------------------|---|--|---|
| Planeamento da Intervenção | Responsável pela definição de objetivos | Prestadores de cuidados            | Se referem à definição dos objetivos pelos prestadores de cuidados (e.g. família e educadora)               | Se referem à definição dos objetivos em conjunto com os técnicos ou apenas pelos técnicos          | "Quem deverá estabelecer os objetivos do plano desta criança deverá ser a família"; "Quem deve estabelecer os objetivos do plano é a família"; "Quem estabelece os objetivos seria a família ou principal cuidador"; "Os objetivos deveriam ser estabelecidos pela família/educadora se existisse"; "Os objetivos poderiam ser estabelecidos por parte do cuidador da criança uma vez que têm um conhecimento mais profundo da mesma."  |
|                            |   | Prestadores de cuidados e técnicos | Se referem à definição dos objetivos pelos prestadores de cuidados (e.g. família e educadora) e os técnicos | Se referem à definição dos objetivos pelos prestadores de cuidados ou pelos técnicos, isoladamente | "No final, todos em conjunto definiriam os objetivos mais importantes para a criança e sua família"; "Todos em conjunto técnicos/família", "Os objetivos deveriam ser definidos com a família(...)"; "(...)e de acordo com a família decidíamos em conjunto o que faríamos e como seriam as práticas."; "É sempre realizado um Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) onde é acordada com a família e outros técnicos ou familiares/cuidadores quais os objetivos e estratégias, e assinado pela família/cuidadores." |

PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

|          |  |  |  |
|----------|--|--|--|
| Técnicos | Se referem à definição dos objetivos pelos técnicos                                    | Se referem à definição dos objetivos pelos prestadores de cuidados ou pelos prestadores de cuidados e técnicos em conjunto | “Na fase da elaboração dos objetivos, o terapeuta da fala devia participar, juntamente com o psicólogo e fisioterapeuta.”; “será pedida a colaboração dos técnicos (fisioterapeuta e psicóloga) para a elaboração do programa de competências.”; “ pela psicóloga e pelo técnico que ficará a apoiar a criança.” |
| Geral    | Se referem ao conteúdo em geral no que se refere à dimensão planeamento da intervenção | Se referem ao conteúdo que se insira numa das outras categorias da dimensão planeamento da intervenção                     | "Concluídas as avaliações que se entendem necessárias então sim, passaríamos à elaboração do plano."; “Os objetivos são sempre definidos após a avaliação”; “Preenchimento do PIIP.”   |

**Anexo B** – Dicionário de categorias

|                    | <b>Categoria</b>                  | <b>Subcategoria</b>                | <b>Critérios de Inclusão</b>   | <b>Critérios de Exclusão</b>   | <b>Unidades de Registo</b>   |
|--------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|--|--|
| <b>Intervenção</b> |                                   | Geral                              | Se referem ao ajuste/modificação de estratégias em geral, não especificando os intervenientes no mesmo                                       | Se referem ao ajuste/modificação da estratégia, especificando quem são os intervenientes na realização deste                                   | "Vamos simplificar a estratégia ainda mais."; "e chegando à conclusão que algumas coisas efetuadas não estarem a ser feitas corretamente arranjar-se-iam alternativas diferentes para conseguir atingir os objetivos propostos."; "Redefinir o objetivo/estratégia."   |
|                    | Ajuste/modificação de estratégias | Prestadores de cuidados            | Se referem ao ajuste da estratégia traçada ou à definição de uma nova estratégia pelos prestadores de cuidados (e.g. família e/ou educadora) | Se referem à implementação da mesma estratégia ou ao ajuste ou definição de uma estratégia que não os prestadores de cuidados isoladamente     | "Pediria que fossem eles próprios a tentarem arranjar uma estratégia." "Caso não funcionasse, perguntaria à educadora se sugeria outra estratégia."; "(...) adaptando estratégias à criança."  |
|                    |                                   | Prestadores de cuidados e técnicos | Se refiram ao ajuste da estratégia traçada ou à definição de uma nova estratégia pelos prestadores de cuidados e técnicos em conjunto        | Se refiram à implementação da mesma estratégia ou à definição de uma nova estratégia que não os prestadores de cuidados e técnicos em conjunto | "e em conjunto arranjar alternativas para chegarmos ao objetivo."; " caso a educadora não aceitasse tentava uma estratégia nova combinada com a educadora."; "junto da família redefiníamos essa estratégia."; "Reformular a respetiva estratégia de acordo com o objetivo traçado (em consonância com a família)" |

PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

|                    |   |   |  |  |   |
|--------------------|---|---|--|--|---|
| <b>Intervenção</b> |   | Se refiram ao ajuste da estratégia traçada ou à definição de uma nova estratégia pelos técnicos | Se refiram à implementação da mesma estratégia ou à definição de uma nova estratégia só pela família ou em conjunto com esta | “mediante a justificação sugeria: novas estratégias; reformulação do objetivo; retirar o objetivo se não for uma necessidade.”; “Se continuasse sem conseguir implementá-la mudava a estratégia até atingir o objetivo.”; “Se não tiver sucesso tentava arranjar uma estratégia em que a mãe tenha mais facilidade.”; “Se não houve benefício criar outra estratégia que a mãe aceite”; “Diria que iria tentar encontrar outras estratégias para o mesmo objetivo” |   |
|                    | Técnicos                                |   |  |  |   |
|                    |   | Prestadores de cuidados   | Se referem à implementação dos objetivos/estratégias pelos prestadores de cuidados (e.g. família e/ou família)               | Se referem à implementação dos objetivos/estratégias pelos técnicos  | "Os objetivos deveriam ser implementados pela família."; "Podemos dar estratégias de intervenção à família para serem trabalhados objetivos em casa."; "Podemos dar estratégias de intervenção à família para serem trabalhados objetivos em casa." |
|                    | Implementação dos objetivos/estratégias |   |  |  |   |
|                    |   | Técnicos  | Se referem à implementação dos objetivos/estratégias pelos técnicos  | Se referem à implementação dos objetivos/estratégias pelos prestadores de cuidados   | A mesma deveria ser trabalhada por docente especializado."; "Faria visita para tentar implementar a estratégia. (...) "; "Implementava eu a estratégia na sessão "; "Implementava eu na frente dos pais."   |

PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

|  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
| Implementação da mesma estratégia          | Se referem à implementação da mesma estratégia   | Se referem ao ajuste/modificação da estratégia  | “Tentar-se-ia, de uma outra forma, habilitar a mãe para realizar a estratégia específica.”; “;” “Insistia na mesma estratégia de forma a que o objetivo fosse cumprido.”; “e consoante as conclusões, reforçaria a continuidade da estratégia ”   |  |
| Importância da implementação da estratégia | Se referem à importância da implementação da estratégia ou abordem os prestadores de cuidados acerca desta importância | Não se referem à importância da implementação da estratégia ou não abordem os prestadores de cuidados acerca desta importância                      | Explicaria novamente a importância e vantagens e desvantagens dessa estratégia. Garantiria que a mesma iria responder a uma preocupação/necessidade da família.”; “Reforçava novamente a importância da implementação da mesma. ”; “Continuava a insistir e a conversar com eles tentando que eles percebam a importância de implementar as estratégias definidas.” |  |
| Importância da estratégia                  | Importância estratégia para prestadores de cuidados  | Se referem à compreensão da importância da estratégia para os prestadores de cuidados (i.e. faz sentido, ainda é uma necessidade, prioridade, etc.) | Se referem a abordar a importância de implementar a estratégia ou não se referem à compreensão da importância da estratégia para os prestadores de cuidados   | Para que resulte a família tem que estar interessada e tem que ser uma necessidade para eles.”; “Perceber se o objetivo faz sentido à mãe.”; “(...) Fazendo sentido para a família, seria mais viável conseguir a sua colaboração.”; “Deve-se também perceber se a estratégia partiu ou não de uma necessidade da mãe.”; “O objetivo é uma prioridade para a família?” |

|             |  |  |   |  |  |
|-------------|--|--|---|--|--|
| Intervenção | Conversar com os prestadores de cuidados | Decorrer da implementação de estratégias | Se referem a conversar e discutir com os prestadores de cuidados acerca do decorrer da implementação da estratégia (e.g. dificuldades, como está a correr, dúvidas, necessidades, motivos da não implementação da estratégia...), à clarificação da estratégia e à discussão de estratégias |  | “Em primeiro lugar tentava uma abordagem geral, como estava a decorrer a intervenção, se notava que a criança (filho) tinha melhorado, se tinha alguma dificuldade.”; .”; “tentaria perceber as dificuldades sentidas, a perceção de estratégia e a motivação.”; “clarificar a implementação da mesma.”; “Tentaria compreender o porquê da estratégia não estar a ser implementada corretamente com a mãe: “; “Conversar com a mãe sobre os constrangimentos que levaram à não implementação da estratégia.”; "Tentava perceber como procurava implementar, o que acha não está a correr ou que poderia correr diferente "; "perguntar quais as dificuldades que sentiu quando implementou a estratégia; como foi a reação da criança;”" |
|             |  | Discutir a atividade                     | Se referem a discutir com os prestadores de cuidados a atividade a desenvolver  | Não se referem a discutir com os prestadores de cuidados a atividade a desenvolver ou se referem a discuti-la no final da sessão | “Com o decorrer da atividade ia sugerindo à educadora o que for pertinente.”; “Perguntaria de que forma poderia participar na atividade de grupo para poder ter oportunidade de conhecer o grupo, as rotinas da sala e a abordagem da educadora.”; “Tentava perceber qual a atividade e de que modo podia ajudar a Joana a participar na mesma.”   |

Intervenção

|                     |  |   |   |
|---------------------|--|---|---|
| Falar no final      | Se referem a falar com os prestadores de cuidados no final de forma geral ou acerca da atividade desenvolvida  | Se refiram a conversar com os prestadores de cuidados acerca de assuntos incluídos noutras categorias   | "No final, tentava falar com a educadora"; "e no final conversávamos sobre o que aconteceu, forma como aconteceu,..."; "Explicava que posso falar com ela no final da atividade"; "e para falar com a educadora no final, informando-a do meu tempo disponível para estar na sala.(...)"; "e que no final se fosse possível conversaríamos."; "Diria que esperava para falar com a educadora"; "e no fim da atividade tento novamente chegar à educadora" |
| Inclusão da criança | Se referem a conversar com os prestadores de cuidados acerca da importância de incluir a criança nas atividades nos contextos naturais e nas rotinas | Não se referem à conversa com os prestadores de cuidados acerca da importância de incluir a criança nas atividades nos contextos naturais e nas rotinas | "Tentava explicar a importância da participação da Joana nas atividades da sala", "Fala no sentido de incluir a Joana na atividade", "Diria que para a Joana é de extrema importância participar com o resto do grupo em todas as atividades de sala...", "Explicaria à educadora que aquando da planificação das atividades deve ter em atenção de que forma a Joana poderá participar e proceder às adequações necessárias",                            |

PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

|                            |                                    |  |   |   |
|----------------------------|------------------------------------|--|---|---|
| Demonstração da estratégia | Prestadores de cuidados            | Se referem à demonstração da estratégia pelos prestadores de cuidados                        | Não se referem à demonstração da estratégia pelos prestadores de cuidados isoladamente ou a demonstração é feita, em conjunto pelos técnicos ou só pelos técnicos | “Iria primeiro perceber/auscultar como é que a mãe tem feito (pedir para demonstrar);”; “Pediria à mãe para demonstrar como está a fazer.”;<br>“Habitualmente quando dou uma estratégia peço aos pais que experimentem na minha presença e posteriormente questiono como têm feito e solicito que demonstrem.”;<br>“Pedia de seguida que exemplificasse como implementou para analisarmos em conjunto.” |
|                            | Prestadores de cuidados e técnicos | Se referem à demonstração da estratégia pelos prestadores de cuidados e técnicos em conjunto | Não se referem à demonstração da estratégia pelos prestadores de cuidados e técnicos em conjunto ou a demonstração é feita, por estes, isoladamente               | “poderia também eu demonstrar novamente e pedir à mãe para repetir na minha presença, caso ela concordasse para em conjunto avaliarmos o que poderá ser melhorado.”; “Em contexto de jardim-de-infância ou no domicílio, juntamente com a família e a criança, demonstrar na prática como se aplica a estratégia e perguntar à família se compreendeu e pedir para que o façam.”;                       |

PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

|                    |                 |   |   |  |
|--------------------|-----------------|---|---|--|
| <b>Intervenção</b> |                 | Se referem à demonstração da estratégia pelos técnicos  | Não se referem à demonstração da estratégia pelos técnicos isoladamente ou a demonstração é feita, em conjunto pelos técnicos ou só pelos prestadores de cuidados | “Tentava aplicar a estratégia para que a mãe observasse e elucidava-lhe os pontos positivos e negativos conforme a aplicação da estratégia.”; “Mostrava novamente como implementar essa estratégia.”; “Que teria que fazer primeiro para a mãe ver como fazer.”  |
|                    | Técnicos        |   |   |  |
|                    | Ajuda posterior | Agendamento sessão posterior para falar acerca da atividade ou da intervenção ou para a demonstração de estratégias | Se referem a falar com os prestadores de cuidados acerca da atividade ou da intervenção e à demonstração de estratégias na própria sessão                         | “Posteriormente se os pais considerarem vamos a casa para ajudar.”; “Agendava domicílio para presenciar a implementação do objetivo pelos progenitores”; “Agendar em contexto e permitir aos pais, ver tentar, supervisionados.”; “Se os pais já tentaram várias vezes e não conseguiram eu deslocar-me-ia ao domicílio”;ou realizaria role-playing. ; “Marcaria um momento, adequado ao desenvolvimento dessa estratégia, para que pudesse demonstrar o que fazer e observar a forma como a família a fazia.” |

PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

|                    |                         |  |  |   |
|--------------------|-------------------------|--|--|---|
| <b>Intervenção</b> | Colaboração da equipa   | Se referem à colaboração com a equipa ou algum elemento em específico caso a família ou técnicos sintam essa necessidade | Não se referem à colaboração com a equipa ou algum elemento em específico caso a família ou técnicos sintam essa necessidade | "Se não conseguissem, na reunião de ELI pedia ajuda aos outros elementos da equipa e tentávamos outra forma."; "e em último recurso expunha o caso na reunião de equipa."; "Poderia ir falar com as minhas colegas/psicóloga da equipa para pedir ajuda neste caso, como haveria de proceder."  |
|                    | Naturalista             | Se referem à observação naturalista da criança   | Não se referem à observação naturalista da criança ou se referem à observação participante da criança                        | "Pediria à educadora para ficar na sala de aula para observar a Joana nos seus contextos naturais/rotinas diárias. Diria que o meu objetivo não seria interromper as atividades da educadora, mas sim poder intervir em sala de aula"; "Observava a atividade, dava tempo à educadora para implementar o que tinha previsto"  |
|                    | Observação Participante | Se referem à observação participante da criança  | Não se referem à observação participante da criança ou se referem à observação naturalista da criança                        | "Diria à educadora que ficava na sala caso ela não se importasse e observava a criança, dando uma ajuda se fosse necessário na execução da atividade"; "Eu tentaria sugerir integrar a atividade que ela vai dar início com a criança, onde a Joana também estaria a participar"; "Respeitava a decisão da educadora e participava na atividade com a criança", "Diria que também iria estar/participar e acompanhar" |

PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

|             |          |                 |   |  |   |
|-------------|----------|-----------------|---|--|---|
| Intervenção | Recursos | Disponibilidade | Se referem à análise da disponibilidade dos prestadores de cuidados e do profissional para a intervenção ou ao tempo/horário da mesma                         | Não se referem aos recursos na intervenção ou se referem a recursos incluídos numa das outras subcategorias dos recursos | "Tentaria verificar com a educadora a sua disponibilidade"; "Tentava adaptar o meu horário ao da educadora."; "Qual o melhor momento para podermos conversar"; "e se sim definir hora/tempo que fosse mais fácil para colocar o João na cadeira. "  |
|             |          | Humanos         | Se referem à análise de recursos humanos para a implementação da estratégia   | Não se referem aos recursos na intervenção ou se referem a recursos incluídos numa das outras subcategorias dos recursos | "Primeiro, tentava que alguém substituísse a educadora."; " e que deveria tentar colocar uma auxiliar para a ajudar."; "ou estimulava a colaboração da auxiliar"; "Apurar junto da rede de recursos se não haveria algo que pudesse ajudar na colocação do tabuleiro."; "(...) Por exemplo com a auxiliar, com outro aluno mais velho ou responsável que o conseguisse fazer, " |
|             |          | Materiais       | Se referem à análise de outros materiais para a implementação de estratégias ou ao recurso de outros materiais para a clarificação/demonstração da estratégia | Não se referem aos recursos na intervenção ou se referem a recursos incluídos numa das outras subcategorias dos recursos | "utilização de outro material ou recurso,"; "De acordo com a estratégia a utilizar poder-se-á visualizar imagens/vídeos de modo a perceber melhor a implementação da mesma."; "e complementar com um vídeo/imagens."; "De acordo com a estratégia a utilizar poder-se-á visualizar imagens/vídeos de modo a perceber melhor a implementação da mesma."                          |

## PRÁTICAS IDEAIS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE IPI

---

|       |   |   |  |
|-------|---|---|--|
| Geral | Se referem ao conteúdo em geral no que se refere à dimensão intervenção | Se referem ao conteúdo que se insira numa das outras categorias da dimensão intervenção | "Tentaria averiguar a melhor hipótese para ambas"; "mas elogiando sempre o esforço que estes pais fizeram ao tentar implementar a estratégia."; "Apoiar; Não desistirem - (...); Elogiar; "; "Tudo deveria ser feito em acordo e colaboração com os pais." |
|-------|---|---|--|

---