



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Práticas de Intervenção Precoce e Satisfação das Famílias

Marta Grifo Caraças

Orientação: Prof.^a Doutora Heldemerina Samutelela
Pires

Mestrado em Educação Especial

Domínio Cognitivo e Motor

Dissertação

Évora, 2016



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Educação Especial

Domínio Cognitivo e Motor

**Práticas de Intervenção Precoce e
Satisfação das Famílias**

Marta Grifo Caraças

Orientadora:

Prof.^a Doutora Heldemerina Samutelela Pires

ÉVORA, 2016

Agradecimentos

Gostaria de expressar a minha gratidão a um conjunto de pessoas sem as quais a elaboração desta dissertação de mestrado não teria sido possível.

Agradeço, em primeiro lugar, a todos aqueles que confiaram e acreditaram que este estudo seria possível.

Às equipas de Intervenção Precoce que se disponibilizaram prontamente e só com o seu precioso auxílio é que consegui realizar este estudo. Sem estes técnicos, pais, familiares e crianças não seria possível a realização de todo este trabalho.

A todos que me deram força e ânimo nas alturas mais difíceis e complicadas.

Agradeço à Prof^a Doutora Heldemerina Pires pela atenção disponibilizada, pela compreensão e pela calma/tranquilidade que me foi transmitida.

Agradeço aos familiares, especialmente às minhas filhas, ao meu marido e aos meus pais, pela força e ânimo e por não exercerem muita pressão, apesar de todos os papéis espalhados por todo o lado e de, por vezes, não lhes dar a atenção suficiente de que necessitavam, estiveram sempre ao meu lado.

Por último, agradeço a algumas amigas que contribuíram muito para o desenvolvimento deste estudo.

A todos vós, o meu muito obrigado!

Práticas de Intervenção Precoce e Satisfação das Famílias

Resumo

A presente investigação pretende conhecer as práticas de Intervenção Precoce (IP) e o grau de satisfação com a intervenção em famílias apoiadas por equipas de IP. Para este fim foi aplicada a Escala Europeia de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce. Responderam a esta escala 165 sujeitos de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 17 e os 57 anos, pais, avós ou outros cuidadores de crianças dos 0 aos 6 anos de idade apoiadas por equipas de IP. Da análise dos resultados foi possível concluir que, de uma forma global, os inquiridos apresentam um nível de satisfação acima da média em todos os itens avaliados. A principal conclusão retirada desta investigação é que a proximidade da equipa de IP, a relação entre Pais e Profissionais e os Direitos dos Pais são os itens onde os inquiridos se encontram mais satisfeitos.

Palavras – Chave: Intervenção Precoce, Criança, Família, Satisfação, Qualidade

Early Intervention Practices and Families' Satisfaction

Abstract

The present study aims to investigate the Early Intervention (EI) practices and the degree of satisfaction obtained with the intervention in families supported by EI teams. For that it was applied the European Scale of Family Satisfaction in Early Intervention. Responded to this scale 165 individuals, of both genders, aged 17 to 57 years old, parents, grandparents and other caregivers of children from 0 to 6 years old that benefit from EI team support.

Overall, examining the results it was possible to concluded that the participants show a degree of satisfaction which is above the average in all the evaluated items. The main conclusion from this research is that EI team proximity, the relation between Parents and Professionals and the Parents Rights are the items where the participants are more satisfied.

Keywords: Early Intervention, Child, Family, Satisfaction, Quality

Índice Geral

Agradecimentos	III
Resumo	V
Abstract	VII
Índice de Figuras	XIII
Índice de Tabelas	XV
Índice de Anexos	XVII
Abreviaturas	XIX
Introdução	1
PARTE I - ESTUDO TEÓRICO	3
CAPÍTULO I – INTERVENÇÃO PRECOCE	3
1.1 – Introdução.....	3
1.2 – Conceito e Definição de Intervenção Precoce	4
1.3 – Objetivos da Intervenção Precoce.....	6
1.4 – Intervenção Precoce em Portugal	7
1.5 – Modelos de Intervenção Precoce	13
1.5.1 – Modelo Médico	14
1.5.2. – Modelo Focado na Família	15
1.5.3. – Modelo Centrado na Família	17
1.5.4. – Modelo Integrado e Baseado na Evidência para a Intervenção Precoce e o Apoio à Família de Dunst	20
1.5.5. – Modelo Desenvolvimental de Sistemas para a Intervenção Precoce de Guralnick	22
CAPÍTULO II - PRÁTICAS E INTERVENÇÃO NO AMBIENTE NATURAL DA CRIANÇA	23
2.1 - Família como Sistema: Definição.....	23
2.2 – O envolvimento da Família na Intervenção Precoce	24
2.3 – O Trabalho em Equipa	26
CAPÍTULO III – SATISFAÇÃO E QUALIDADE DOS CUIDADOS E APOIOS.....	31
3.1 – Conceito de Satisfação	31
3.2 – Fatores de Satisfação com a Qualidade dos Cuidados e Apoios Prestados	32
3.3 – Satisfação e Qualidade dos Cuidados	33

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	37
CAPÍTULO IV – MÉTODO	37
4.1 - Enquadramento Metodológico.....	37
4.2 - Contextualização do Estudo.....	37
4.3 – Objetivos	38
4.3.1 - Definição de Objetivos: Objetivo Geral e Objetivos Específicos	38
4.4 - Amostra	39
4.5 - Instrumentos de Recolha de Informação	39
4.5.1 - Questionário Sociodemográfico e Escala de Satisfação das famílias	39
4.6 – Procedimento	40
CAPÍTULO V - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	43
5.1 – Análise Descritiva da Amostra em função de variáveis sociodemográficas	43
5.1.1 – Caracterização da criança apoiada pela equipa de Intervenção Precoce	47
5.2 – Análise das Qualidades Psicométricas da Escala da Amostra em estudo	52
5.2.1 – Análise dos Itens	52
5.2.2 – Validade de Constructo	54
5.2.3 – Consistência Interna	55
5.3 – Análise dos Domínios em que as Famílias referem maior e menos Satisfação com a Qualidade da Intervenção recebida	56
5.4 – Análise da Satisfação Global das Famílias e dos Domínios que mais contribuem para a mesma	57
5.5 – Análise de Diferenças nos Resultados da Satisfação com a Qualidade da Intervenção em função de variáveis sociodemográficas	58
5.5.1 – Análise da Satisfação com a Qualidade de Intervenção em Função do Género	59
5.5.2 – Análise da Satisfação com a Qualidade de Intervenção em Função das Habilitações	59

5.5.3 – Análise da Satisfação com a Qualidade de Intervenção em Função da Condição Laboral	60
5.5.4 – Análise das Diferenças Satisfação com a Intervenção em Função do Local Onde Ocorre Normalmente a Intervenção.....	62
5.5.5 – Análise das Diferenças Satisfação com a Intervenção em Função da Frequência das Sessões	63
CONCLUSÃO.....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de IP e apoio familiar integrado e baseado na evidência (fonte: Dunst, 2000)	21
Figura 2 - Distribuição média nível de satisfação nas diversas subescalas (apoio pais, apoio crianças, ambiente pais e profissionais, direitos, localizações e estruturas)	56
Figura 3 - Distribuição média nível global de satisfação segundo as Habilitações (Analfabetismo, Ensino Obrigatório e Ensino Superior)	60
Figura 4 - Distribuição média nível global de satisfação segundo a Condição Laboral (desempregado, doméstico, exerce uma profissão, reformada, estudante ou cumpre serviço militar)	61
Figura 5 - Distribuição média nível global de satisfação segundo o Local de Intervenção (Sempre em sua casa, Quase sempre na sua casa e algumas vezes na creche ou sede IP, Quase sempre na creche ou sede IP e algumas vezes em casa, Sempre na creche ou IP, Alternando em casa, creche ou IP)	62
Figura 6 - Distribuição média nível global de satisfação segundo a Frequência das Sessões (Mais de 2 vezes por semana, 2 vezes por semana, 1 vez por semana, 1 vez de duas em duas semanas, 1 vez por mês, Menos de 1 vez por mês)	63

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estatística descritiva da amostra segundo as Habilitações	44
Tabela 2 - Estatística descritiva da amostra segundo a situação laboral	44
Tabela 3 – Estatística Descritiva da Amostra segundo a Condição perante o trabalho	45
Tabela 4 - Estatística descritiva da amostra segundo o ramo de atividade ..	45
Tabela 5 - Estatística descritiva da amostra segundo o grau de parentesco face à criança apoiada	46
Tabela 6 - Estatística descritiva da amostra segundo o tipo de família	47
Tabela 7- Estatística descritiva da amostra segundo o número de irmãos	47
Tabela 8 - Estatística descritiva da amostra segundo a posição face aos irmãos	48
Tabela 9 - Estatística descritiva da amostra segundo as principais dificuldades da criança	49
Tabela 10 - Estatística descritiva da amostra segundo o tempo da intervenção da IP	50
Tabela 11 - Estatística descritiva da amostra segundo a frequência de contatos com a equipa de IP	50
Tabela 12 - Estatística descritiva da amostra segundo o local de intervenção da IP	IP

.....	51
Tabela 13 - Análise descritiva das dimensões do questionário de satisfação	52
Tabela 14 - Pesos fatoriais de cada item no fator retido, eigenvalues e % da variância explicada, após uma AFE com extração de fatores pela ACP	54
Tabela 15 Análise da consistência interna com valores alfa de cronbach da escala	55
Tabela 16- As condicionantes do nível de satisfação	57
Tabela 17- Valores médios e desvio-padrão de índice de satisfação na variável sexo (sexo masculino versus feminino	59
Tabela 18 – Estatística descritiva da amostra segundo o diagnóstico da criança	99

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS	77
Anexo 1	79
Anexo 2	81
Anexo 3	83
Anexo 4	85
Anexo 5	99

ABREVIATURAS

APPACDM – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

CERCI – Cooperativa de Educação e Reabilitação para a Comunidade Inclusiva

DEC – Division for Early Childhood

DSOIP – Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica

E.E.E. – Equipas de Ensino Especial

EINE – Early Intervention in Natural Environments

ELI – Equipa Local de Intervenção

ESFIP – Escala Europeia de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce

EUA- Estados Unidos da América

IP – Intervenção Precoce

IPi – Intervenção Precoce na Infância

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

N.E. - Necessidades Especiais

NEE – Necessidades Educativas Especiais

O.D. – Orientação Domiciliária

PCP – Prestador de Cuidados Principal

PIAF – Plano Individualizado de Apoio à Família

PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce

PL – *Public Law*

SNC – Sistema Nervoso Central

SNIPI – Sistema Nacional Intervenção Precoce na Infância

SOD – Serviços de Orientação Domiciliária

UA – Universidade de Aveiro

Introdução

Com este estudo pretendemos estudar as Práticas de IP e a Satisfação das Famílias apoiadas por serviços de IP sob o ponto de vista das próprias famílias.

A importância deste estudo remete para a relevância da opinião das famílias na identificação dos aspetos relacionados com o apoio dos pais, o apoio à criança, o ambiente social, relação entre pais e profissionais, o modelo de apoio, os direitos dos pais, a localização e ligações dos serviços e a estrutura e administração do serviço. Esta é uma avaliação subjetiva pois depende muito da leitura efetuada por cada família.

Os principais objetivos da IP são direcionados à criança e à família, tendo em conta a criação de condições que facilitem o processo de aprendizagem, o desenvolvimento de capacidades e o apoio à sua integração. Ao nível da família, a IP pretende promover ou melhorar a interação familiar, reforçar a autonomia da família, ajudando-a na aquisição ou desenvolvimento das suas competências, assim como reforçar a sua participação em todo o processo de intervenção e na construção de redes formais e informais de interajuda.

De acordo com o estabelecido no decreto-lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro do Ministério da Saúde, podemos considerar que existem aspetos que deverão ser contemplados, nomeadamente: garantir a Intervenção Precoce na Infância (IPI); fornecer apoio integrado centrado na criança e na família; e realizar ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação.

É importante salientar que o envolvimento da família, quer pelas suas qualidades próprias, quer pelos seus direitos implica a sua participação em todo o processo da intervenção sendo desejável que esta seja considerada como parceiro privilegiado. As famílias são as principais destinatárias do apoio oferecido, de modo a promover a sua capacitação e autonomia na promoção do desenvolvimento dos seus filhos, com o intuito de lhes proporcionar um melhor desenvolvimento e um aumento da sua qualidade de vida.

Considera-se a família como o primeiro contexto ambiental e social que cada indivíduo conhece e com o qual interage desde o nascimento. Deste modo, os serviços de IP promovem, não só uma intervenção centrada na família, com todas as suas especificidades e pontos fortes, mas também valoriza a sua competência para apoiar o desenvolvimento da criança colaborando na avaliação de programas e estratégias. Evidências empíricas mostram que os programas de IP mais eficazes são os que

envolvem ativamente os pais em todo o processo, desde a avaliação até à planificação (Correia & Serrano, 2000). Em Portugal, já existem alguns estudos que avaliam a satisfação das famílias apoiadas em equipas IP, com diferentes instrumentos (Pimentel, 2005; Franco & Apolónio, 2008).

A maioria dos estudos realizados, a nível nacional, são de satisfação, principalmente satisfação com os serviços prestados, permitindo avaliar o desempenho das equipas de IP, na perspetiva das famílias apoiadas. No mesmo sentido, achou-se pertinente realizar um estudo da mesma natureza junto das famílias apoiadas pela IP, no Distrito de Portalegre. O instrumento de avaliação utilizado neste estudo, a Escala de Satisfação da Família foi traduzido para Português por Cruz, Fontes e Carvalho (2003), da versão original em Francês, a Echelle Europeéne de la Satisfaction des Parents par rapport à l'intervention precoce de Leanners e Mombaerts (2000).

Os resultados do estudo permitirão auxiliar os serviços de IP na antecipação das necessidades dos seus clientes, tendo em vista a melhoria do seu próprio desempenho.

Quanto à sua organização, este trabalho é constituído por duas grandes partes: a primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico e a segunda ao estudo empírico. No que diz respeito à primeira parte esta é constituída por três capítulos, que passaremos a descrever sucintamente. O primeiro capítulo debruça-se sobre a IP; o segundo capítulo diz respeito às práticas e intervenção centradas na Família e no ambiente natural da criança; e o terceiro capítulo é referente à satisfação e qualidade dos cuidados e apoios. Relativamente à segunda parte, esta é composta por dois capítulos, nomeadamente: o capítulo do método e o capítulo da apresentação e a discussão dos resultados.

No capítulo sobre o método encontramos descrita a fundamentação e os objetivos da investigação. Posteriormente são descritos o método propriamente dito, os participantes do estudo e o procedimento da recolha de dados, assim como os instrumentos utilizados.

Por fim, no capítulo de apresentação e discussão dos resultados apresentamos os dados e procedemos, em seguida, à análise e discussão dos mesmos e expomos no final da dissertação as conclusões e recomendações para estudos futuros.

PARTE I - ESTUDO TEÓRICO

CAPÍTULO I – INTERVENÇÃO PRECOCE

1.1 – Introdução

A IP tem vindo ao longo do tempo a ser definida de várias formas de acordo com diferentes necessidades. Segundo Sahin (2012 cit. in Yazici, Akgul & Akman, 2015) a IP é definida como sendo um conjunto de práticas ou programas desenvolvidos com o objetivo de atender às necessidades de bebés e crianças tendo em conta as suas desvantagens, sendo elas resultantes de pertencerem a um grupo de risco grave de atraso de desenvolvimento ou resultantes de uma ou mais incapacidades e/ou deficiências.

Conforme o estabelecido no Despacho Conjunto n.º 891/99 do Ministério da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, a IP é uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, que preconiza determinadas ações de natureza preventiva e habilitativa, nomeadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social. Assim, deve assegurar as condições facilitadoras do desenvolvimento da criança com deficiência ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, potenciar as interações familiares e reforçar as competências familiares, capacitando-as face à problemática presente. Tendo em conta, o anteriormente exposto, os profissionais devem envolver as famílias de forma a implementarem um programa abrangente, especificando os recursos a utilizar, os apoios sociais e os serviços, quando necessários, que devem ser encaixados nas rotinas das famílias e devem maximizar a participação da mesma (Guralnick, 2005a).

A elegibilidade para beneficiar de apoio de equipas de IP depende de critérios previamente definidos. Para esse efeito, o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) definiu em junho de 2010 os critérios de elegibilidade, para apoio no âmbito da IP, sendo elegíveis as crianças entre os 0 e os 6 anos e respetivas famílias, que mostrem requisitos incluídos nos seguintes grupos: 1 – “Alterações nas funções ou estruturas do corpo” (...); 2 – “risco grave de atraso de desenvolvimento”. (...) São elegíveis para entrada no SNIPI, todas as crianças do 1º grupo e as crianças do 2º, que acumulem 4 ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental. Relativamente ao risco biológico, são incluídas crianças que manifestam limitações na atividade e participação por condições biológicas que interferem claramente com a

prestação de cuidados básicos, com a saúde e o desenvolvimento, como é exemplo a prematuridade. Já no risco ambiental são incluídas aquelas que apresentem fatores parentais ou contextuais que atuam como barreira à atividade e à participação da criança, limitando as suas oportunidades de desenvolvimento e impossibilitando ou dificultando o seu bem-estar, como por exemplo os maus tratos.

No que diz respeito ao SNIPI, este tem respondido aos pontos focados ao Despacho Conjunto 891/99 anteriormente referido. Parece fundamental a execução da avaliação das medidas adotadas, com a criação do SNIPI, de forma a supervisionar o impacto da IP a nível nacional, identificando as áreas em que se necessita de melhorar a sua implementação e esclarecer metodologias e práticas, com intuito a responder aos objetivos da IPI.

1.2 - Conceito e Definição de Intervenção Precoce

A nível europeu, o conceito de IPI está a progredir, permanecendo as áreas da saúde, educação e ciências sociais diretamente envolvidas, salientando o desenvolvimento da criança e o impacto da interação social no desenvolvimento humano em geral e especificamente na infância. Isto requer uma mudança no tipo de intervenção que se focava anteriormente na criança, para uma abordagem mais focada na família e no ambiente (Eurllyaid, 2009).

A IP é um domínio de atuação que, em Portugal, se começou a constituir na década de 80, séc. XX e, que com a publicação do primeiro normativo legal, no final da década de noventa, adquiriu uma originalidade ativa. Com a conceção e/ou reorganização de serviços por parte de entidades públicas e privadas, têm-se observado a um alargamento da rede das equipas que forneceram apoios integrados a crianças até aos seis anos de idade portadoras de incapacidade ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e suas famílias (Mendes, 2010).

Atualmente, a inquietação dos investigadores e das agências europeias incide na identificação de indicadores de qualidade, executando diversos avisos, baseados nas evidências, relativamente à avaliação, às práticas centradas na família e aos modelos de equipas interdisciplinares (Sandall, Hemmeter, Smith & Mclean, 2005).

A *Division for Early Childhood* (Sandall, Hemmeter, Smith & Mclean, 2005) reconheceu várias práticas recomendadas para a IP, na avaliação, nas intervenções focadas na criança, nos modelos interdisciplinares, na utilização de tecnologias, nas políticas, procedimentos e mudança de sistemas e, claro, nas práticas centradas na família,

explicando as características para esta abordagem, sendo elas: partilha de responsabilidade e trabalho em colaboração entre famílias e profissionais, em que é distinto o fortalecimento do funcionamento familiar, através de ações individualizadas e maleáveis, baseadas nas forças e competências.

O conceito de IP teve influências de várias teorias, sendo que inicialmente não se tinha em conta o contexto onde a criança estava inserida. Posteriormente foi colocada ênfase nas seguintes questões: papel da família e dos prestadores de cuidados no desenvolvimento da criança, defendido pela teoria da vinculação (Bowlby, 1980, Ainsworth, 1978 cit. in European Agency for Development in Special Needs Education, 2005); o impacto das interações sociais, segundo a teoria da aprendizagem social de Bandura (1977 cit. in European Agency for Development in Special Needs Education, 2005); e a influência no desenvolvimento das interações com os outros e com o ambiente, tendo em conta a teoria da ecologia humana (Bronfenbrenner, 1979 cit. in European Agency for Development in Special Needs Education, 2005).

Verificou-se no contexto português um reconhecimento mais tardio da importância dos primeiros anos de vida face aos outros países. Do ponto de vista histórico é importante lembrar a existência da educação especial que contribuiu para a IP conseguir características muito próprias. Esta seguiu um percurso que lhe conferiu uma relativa identidade e uma fundamentação que lhe permitiu um estatuto próprio, diferenciado da educação especial vigente (Santos, Portugal & Simões, 2004).

Atualmente, a IP está difundida em todo o país, embora com algumas diferenças regionais. Está legalmente encaixada por uma perspetiva de atuação sistémica no sentido de garantir condições de desenvolvimento da criança através de modificações nas estruturas ou nas funções do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social (Decreto de Lei nº 281/2009).

A IP é vista como um sistema complexo de serviços que envolve vários locais, a participação de múltiplas disciplinas, a coordenação de serviços e a colaboração entre organizações e apoios a uma população heterogénea de crianças e famílias. Para além disso, os programas de IP implementados refletem uma enorme variedade de abordagens e modelos conceptuais (Guralnick, 2005).

Daqui decorre que as Equipas de IP tenham a difícil tarefa de reconhecer, integrar e articular todos os fatores e sistemas que podem afetar o desenvolvimento da criança. Além disso, têm como função identificar as necessidades das famílias, realizando paralelamente o levantamento dos recursos da comunidade onde se introduzem, dinamizando redes formais e informais de apoio social, de forma a responder às

necessidades manifestadas pelas famílias. Esta informação fica sintetizada no denominado Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) que deverá ser elaborado em conjunto com a família (Dias, 2003).

1.3 - Objetivos da Intervenção Precoce

Os programas de IP que têm surgido procuram acompanhar a evolução que se tem feito sentir nesta área e expandiram a partir de diferentes iniciativas associadas às áreas da saúde, educação e serviço social, distinguindo-se na filosofia que os orienta e nas práticas. Em Portugal, o Despacho Conjunto nº 891/99 é o documento que divulga a IP como uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família e aconselha determinadas ações de natureza preventiva e habilitativa, enunciando no seu ponto 5, três grandes objetivos da IP:

- a) Criar condições facilitadoras do desenvolvimento global da criança, minimizando problemas inerentes às deficiências ou do risco de atraso do desenvolvimento e prevenindo eventuais sequelas;
- b) Otimizar as condições da interação criança/família, mediante a informação sobre a prática em causa, o reforço das respetivas capacidades e competências, designadamente na identificação e utilização dos seus recursos e dos da comunidade e, ainda, na capacidade de decidir e controlar a sua dinâmica familiar;
- c) Envolver a comunidade no processo de intervenção, de forma contínua e articulada, otimizando os recursos existentes e as redes formais e informais de interajuda.

Também Bailey e Wolery (1992, p.32) sugerem sete objetivos básicos que deverão estar subjacentes em IP, sendo estes:

- a) Apoiar as famílias no sentido de as ajudar a atingir os seus próprios objetivos;
- b) Promover o envolvimento, independência e competências da criança;
- c) Promover o desenvolvimento da criança em áreas-chave;
- d) Promover e apoiar as competências sociais da criança;
- e) Promover a generalização das capacidades da criança;

- f) Proporcionar à criança experiências de vida normativas;
- g) Prevenir a emergência de problemas e alterações no futuro.

Assim, de uma forma geral, os principais objetivos dos programas de IP são diminuir e eliminar, se possível, os fatores que impedem o desenvolvimento das crianças, aumentar os *inputs* que apoiam o seu desenvolvimento e proporcionar aos pais conhecimentos e habilidades necessárias, com o intuito de lhes aumentar a sua autoconfiança e lhes permitir apoiar o desenvolvimento dos seus filhos nas mais diversas áreas (Sahin, 2012 cit. in Yazici, Akgul & Akman, 2015).

A IP tem merecido um cuidado recorrente na psicologia do desenvolvimento. A existência de um melhor conhecimento sobre a natureza da plasticidade humana tem sido um aspeto fundamental para os esforços na prevenção de problemas do desenvolvimento e na escolha de um funcionamento adaptado.

As pesquisas e as experiências práticas têm provado que a IP minimiza os efeitos adversos dos fatores de risco associados aos atrasos de desenvolvimento e às deficiências, assim como ajuda a promoção do desenvolvimento das crianças (Dunst, 2004; Guralnick, 2004; Snyder, 2006).

De um modo geral, as práticas aconselhadas em IP estão preparadas em domínios lógicos, os quais se reportam a serviços diretos e a apoios indiretos importantes para esta área de intervenção. Para Sandall, McLean e Smith (2005), os serviços diretos abarcam: avaliação; práticas focadas na criança; práticas baseadas na família; modelos interdisciplinares; e, tecnologias de apoio. Por sua vez os serviços indiretos incluem: políticas, procedimentos e sistemas de intercâmbio; e formação dos profissionais.

1.4. – Intervenção Precoce em Portugal

A evolução dos modelos e práticas de IP apoiaram-se em razões histórico-sociais (Ex. preocupação com o trabalho infantil e a saúde das crianças pobres, originou a criação, em 1912, nos Estados Unidos da América (EUA), do Children's Bureau, apresentando este uma legislação específica para investigar e registar tudo o que dizia respeito à vida e bem-estar das crianças) e em investigações no campo da psicologia do desenvolvimento (Meisels & Shonkoff, 2000).

Esta preocupação alastrou-se, também, à Europa em geral e a Portugal em particular. Quanto a Portugal existem alguns serviços relevantes que importa referir,

nomeadamente o Serviço de Orientação Domiciliária (SOD) e a Direção de Serviço de Orientação e Intervenção Psicológica (DSOIP), tanto pela sua qualidade, como pela relevância que tiveram na implementação das práticas de IP em Portugal (Cruz, Fontes & Carvalho, 2003).

A IP propagou-se rapidamente nos EUA e o seu impacto foi sentido na Europa. De forma a uniformizar metodologias e a conhecer a realidade das práticas realizadas nos diferentes países europeus, foram criadas duas organizações a *Euryloid – European Working Partner on Early Intervention* e a *European Agency for Development in Special Needs Education*, sendo Portugal um dos seus membros. Assim, os primeiros programas de IP aparecem nos anos 60 nos EUA. Estes programas tinham duas vertentes, a vertente terapêutica e a vertente compensatória (Cruz, Fontes & Carvalho, 2003). No que diz respeito à vertente terapêutica, esta assumia programas com uma perspetiva psicodinâmica onde as dimensões sócio emocionais eram valorizadas, sendo o adulto e os contextos envolventes os facilitadores para ajudar a criança a superar as suas dificuldades. O seu enfoque era a criança e, posteriormente o adulto, de forma a apoiar na sua tarefa. Já na vertente compensatória temos como exemplo o programa *Head Start* também desenvolvido nos EUA, sendo um modelo educacional que incidia na criança tendo a preocupação de envolver a família em diferentes níveis (como no jardim de infância), e em respostas que incluíam não só aspetos educativos como sociais e de saúde (Cruz, Fontes & Carvalho, 2003).

Nesta mesma década houve a criação do SOD em Portugal, implementado por enfermeiras de saúde pública dos Centros Materno Infantis e a iniciação aos programas dirigidos a crianças com necessidades especiais. Inicialmente começaram por se realizar intervenção nas primeiras idades em crianças cegas, a nível nacional, assim como também começaram a ser criados centros de Paralisia Cerebral (Mendes, 2010). O objetivo fundamental era oferecer às crianças, de meios socio económicos desfavorecidos, uma estimulação intensa antes da entrada para a escola, no sentido de evitar insucessos futuros (Meisels & Shonkoff, 2000).

Na Década de 70, a Constituição da República Portuguesa referiu a importância da proteção e colaboração com os pais, a falta de organização de estruturas jurídicas, de técnicas para ajudar a parentalidade e defendeu os direitos das pessoas com deficiência. A Conceção de equipas de orientação domiciliária, compostas por educadores especializados dos ministérios dos assuntos sociais e a criação da divisão de educação especial, sob tutela do ministério de educação, foram fundadas por

iniciativa de pais e profissionais das cooperativas de educação e reabilitação de crianças inadaptadas (Mendes, 2010).

Nos anos 80, começaram as primeiras ações no âmbito da IP, não existindo legislação específica, nem orientações, procedendo assim, programas centrados na criança, adotando metodologias utilizadas na educação especial, dominando uma tendência de individualização dos programas de IP. Esta prática resultou das críticas feitas à generalização do modelo de treino de pais, defendendo a diferenciação e individualidade das situações (Mendes, 2010).

Conforme anteriormente referido, o SDO e a DSOIP são dois serviços importantes que estiveram na base da implementação da IP:

- a) O SOD foi criado pelo Ministério da Saúde e Assistência, com o objetivo de apoiar os pais de crianças cegas, com idades compreendidas entre 0 e 6 anos, com um modelo essencialmente médico e desenvolvido por enfermeiras através de visitas domiciliárias. Este serviço foi extinto pelas equipas de Orientação Domiciliária (OD), assumindo-se nas áreas de Lisboa e Porto, compondose estas por educadoras de infância especializadas. Em 1987 estas equipas integraram a Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica (DSOIP), dependente do Ministério da Segurança Social (Bairrão & Almeida, 2002). O DSOIP foi substituído pelo Centro de Observação e Orientação Médico-Pedagógico – COOMP, que foi reorganizado em 1993, passando-se a designar Centro de Estudos e Apoio à Criança e à Família. Foi com o trabalho desenvolvido pelo DSOIP que se iniciou a IP. Esta estrutura desenvolveu e avaliou a implementação de um modelo de IP, o Modelo Portage (Almeida, 2000) que foi originalmente desenvolvido e aplicado nos Estados Unidos.
- b) A partir de 1974 surge o designado Movimento de Águeda, criado para dar resposta à população com deficiência ou em risco de atraso de desenvolvimento, através de práticas de intervenção social, implicando e dinamizando os vários serviços da comunidade.

- c) Em 1989 surge o Projeto Integrado de IP de Coimbra, resultado da experiência em Águeda, com o objetivo de desenvolver uma estrutura que dinamizasse a deteção precoce das situações de crianças em risco de atraso de desenvolvimento e também desenvolver uma intervenção de promoção de condições facilitadoras de processos de desenvolvimento saudáveis, numa lógica de ação de base comunitária e de articulação de serviços pré-existentes da tutela do Ministério da Saúde, da Segurança Social e da Educação, liderados pelo Hospital Pediátrico de Coimbra. Foi assim assinado um protocolo entre várias entidades, nomeadamente, a Direção Regional de Educação do Centro, a Administração Regional de Saúde do Centro, o Hospital Pediátrico de Coimbra/Centro de Desenvolvimento da Criança, o Centro Regional S.S. do Centro, com a participação ativa da Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão com Deficiência Mental e outras instituições locais, abrangendo CERCI's, Associações e Autarquias.
- d) Em 1998, fundou-se a Associação Nacional de IP (ANIP), reconhecida como IPSS e promotora de formação no âmbito da IPI (Almeida, 2009).
- e) No Alentejo, nos anos 90, apareceram dois projetos: o Projeto de IP de Montemor-o-Novo, do qual a entidade fomentadora foi a CERCIMOR e o Centro de Desenvolvimento e Intervenção Precoce do Núcleo de Évora, da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral. Estes dois projetos foram financiados pela assinatura dos primeiros Acordos Atípicos para o Apoio Técnico Precoce, com o Centro Regional de Segurança Social de Évora. É de salientar que estes projetos ainda hoje se encontram a funcionar. Noutros locais do Alentejo, principalmente nos distritos de Beja e Portalegre, também surgiram projetos ao nível da IPI, a partir das instituições de apoio à deficiência localizadas nos distritos. Em Elvas foi desenvolvido entre 1998 e 2000, o projeto “para além da Esperança”, financiado pelo programa Nacional “Ser Criança”, que possibilitou à Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM) de Elvas (entidade promotora), de se envolver no âmbito do apoio a crianças e famílias dos 0 aos 6 anos. Em junho de 2001, foi formalizado o primeiro Acordo

Tripartido, de acordo com o Despacho Conjunto 891/99, entre o Centro Distrital da Segurança Social de Portalegre, a Direção Regional de Educação do Alentejo, a Administração Regional de Saúde, o Hospital de Sta. Luzia de Elvas e a APPACDM de Elvas.

Considerando os esforços verificados ao longo dos anos, a realidade da IP em Portugal continua a avançar satisfatoriamente tanto pela diversidade de serviços e filosofias adotadas, como pelas formas de financiamento e meios disponibilizados (Mendes, 2010).

Serão assim mencionadas, abaixo, metas da evolução do desenvolvimento IP em Portugal (Mendes, 2010):

- a) Foi implementado o Projeto de IP no distrito de Coimbra, bem como o Programa Portage para pais - propagação pela direção de serviços de orientação e intervenção psicológica;
- b) A Lei nº 44/86 – Lei de Bases do Sistema Educativo – encarregou o estado pelas ações de esclarecimento, prevenção e tratamento precoce na deficiência, realçando o direito a uma justa e efetiva igualdade de oportunidades, que correspondesse às necessidades resultantes da realidade social, reforçando um elevado sentido de participação das populações, uma adequada inserção no meio comunitário e níveis de resolução eficientes;
- c) Na Década de 90, surgiu a confirmação da convenção sobre os Direitos da Criança das nações Unidas, na Declaração de Salamanca (1994), que recomendou a intervenção e inclusão precoces para crianças em risco de atraso de desenvolvimento ou com incapacidades/deficiências. Foram implementados, a nível nacional, vários projetos e serviços dinamizados por Cooperativas e Associações de Solidariedade Social;
- d) O Despacho nº 26/95, do Ministério da Segurança Social, regulamentou o Programa Ser Criança e a Portaria nº 1195/95, do Ministério da Educação, regulamentou as condições de frequência dos alunos com

necessidades especiais nas Cooperativas de Educação Especial e definiu, aquando da sua revisão em 97, a IP;

- e) O Despacho Conjunto nº 105/97, do Ministério da Educação, criou as Equipas de Coordenação dos Apoios Educativos e reforçou o seu papel ao nível da IP;
- f) A Portaria 52/97, do Ministério de Educação, regulamentou a articulação com as equipas de educação especial, para atendimento a crianças entre os 0 e 6 anos de idade com necessidades especiais e a Portaria nº 1102/97, do Ministério da Educação, regulamentou o financiamento a projetos integrados, incluindo a prestação de apoios às famílias, promovidas por instituições de solidariedade social;
- g) O Despacho Conjunto nº198/99 aprovou o referencial de perfis de formação especializada dos educadores de infância e dos professores dos ensinos básico e secundário;
- h) Despacho Conjunto nº891/99, dos Ministérios da Educação, Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social, aprovou as orientações reguladoras da IP para crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e suas famílias. Neste elevou-se a articulação entre serviços, Ministério da Saúde, Educação e Solidariedade Social, sendo que a intervenção centrada na família considerou e valorizou o contexto de vida da criança, ao intensificar um Plano Individual de Apoio a Família (PIAF), o trabalho em equipa e a coordenação de serviços, aspetos ainda hoje referenciados nos modelos atuais de IPI. A população alvo eram as crianças com idades compreendidas entre os 0 anos de idade e os 6 anos, com deficiência ou em risco de atraso de desenvolvimento e suas famílias. Este Despacho incitou a evolução de diversos projetos e equipas a nível nacional, especialmente no Centro e no Alentejo (Franco & Apolónio, 2008). Esta implementação não foi igual em todas as zonas do país, havendo várias diferenças. Em alguns estudos efetuados em Portugal, verificou-se que as orientações contidas no Despacho e as práticas aconselhadas, ainda estavam longe

de serem implementadas (Bairrão & Almeida, 2002; Cruz, Fontes, & Carvalho, 2003; Pimentel, 2005; Franco & Apolónio, 2008; Almeida, 2009; Mendes, Pinto & Pimentel, 2010);

- i) No ano 2000 surgiu a confirmação da Convenção sobre o Direito das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas;
- j) O aparecimento do Decreto-Lei nº 3/2008, do Ministério da Educação, definiu os apoios especializados, apontando para a criação de condições para a adequação do processo educativo às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da atividade e da participação num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais de carácter permanente.

A nível mundial, o interesse de se prover IP para crianças em risco de atrasos no desenvolvimento ou com incapacidades é cada vez mais confirmada. Determinados dos fatores que colaboram para este reconhecimento abrangem os avanços económicos e sociais, bem como o progresso no conhecimento sobre o desenvolvimento humano. Nos países industrializados os avanços na medicina ampliaram a esperança de vida de crianças que apresentam problemas consideráveis no seu desenvolvimento. De acordo com Simeonsson, (2000) mundialmente, verifica-se uma consciencialização gradual de que os primeiros anos de vida são uma idade essencial para fazer progredir o crescimento físico, mental e psicológico e para antecipar-se à incapacidade e condições secundárias.

1.5. - Modelos de Intervenção Precoce

A sociedade observa a infância atualmente sob o resultado de uma mudança de paradigma, com apoio na evolução das ideias e das teorias, que acompanha a uma nova compreensão do desenvolvimento educacional da criança (a nível social e emocional e académico), da saúde mental, do bem-estar e da felicidade (Carpenter, Blackburn & Egerton, 2009).

Os progressos no desenvolvimento de programas de IP demonstram o papel positivo das tentativas precoces no fortalecimento da organização cerebral e a gradual

compreensão de como a adversidade afeta os circuitos cerebrais e a aprendizagem, o comportamento, bem como a saúde mental e física ao longo a vida. Como refere Shoonkoff (2010), p.365, “ a neurobiologia diz-nos que, quanto mais tempo se esperar para investir nas crianças em risco, mais difícil será atingir resultados positivos, particularmente para aquelas que experienciaram disfunções biológicas precoces”. Os modelos atuais da IP são determinados por uma conceptualização, organização baseada em resultados de um trabalho centrado na família, praticado nos contextos de vida da criança e desenvolvido por equipa transdisciplinar.

1.5.1. Modelo Médico

No início dos anos 60, os primeiros programas de intervenção eram focados na criança, sem ter em conta o seu contexto familiar, educacional e comunitário. A intervenção propriamente dita englobava serviços médicos, terapêuticos e educativos, com o intuito de compensar as suas dificuldades e propiciar experiências de aprendizagem (Mahoney & Filer, 1996 cit. in Pimentel, 2005). Neste modelo médico eram os profissionais que decidiam, sem a participação da família, qual o tipo de intervenção mais adequada a ser desenvolvida com a criança, controlando assim todo o processo. Durante esta década, a intervenção que se fazia junto dos pais, principalmente das mães, era de aconselhamento, com o objetivo de as ajudar a ultrapassar as diferentes fases de luto e a diminuir o impacto da deficiência da criança no processo de adaptação materna (Turnbull, Turbiville & Turnbull, 2000 cit. in Pimentel, 2005).

O modelo médico enfatiza os aspetos patológicos da criança, foca-se nas decisões dos profissionais e limita as escolhas dos clientes dos serviços, sendo pouco adequado às intervenções de carácter educacional (Hanson & Lynch, 1989, Allen & Petr, 1996 cit. in Pimentel, 2005). Para além disto, neste modelo, apesar de existir um trabalho realizado por vários profissionais (equipa multidisciplinar), cada um trabalhava independentemente dos outros em termos de avaliação, planeamento e intervenção (McGonigel, Woodruff e Roszmann-Millican, 1994 cit. in Pimentel, 2005).

Ainda no decorrer da década de 60, alguns programas tornaram inovador o envolvimento das famílias. Embora as práticas continuassem a ser centradas na criança, os seus pais passaram a ser alvo de formação para poderem ser coterapeutas dos seus filhos, com o intuito de dar continuidade ao trabalho desenvolvido pelos profissionais (Duwa, Wells & Lalinde, 1993 cit in Pimentel,

2005). Neste modelo de envolvimento/ treino parental, muitos dos pais manifestavam dificuldade em assumir o papel de coterapeuta. Para além disto, levou a que os pais procurassem os profissionais para que estes lhe fornecessem algumas competências e estratégias, começando assim a existir um maior envolvimento e colaboração dos pais na intervenção com os seus filhos (Turnbull, Turnbiville & Turnbull, 2000 cit. in Pimentel, 2005). Neste período era o modelo behaviorista e comportamental que dominava a IP (Pimentel, 2005).

1.5.2. Modelo Focado na Família

No final da década de 70 e inícios dos anos 80, os serviços de IP passaram a ter como objetivo não só a criança mas também a sua família. Neste modelo focado na família, as práticas preconizavam a interação e colaboração entre os profissionais e as famílias, sendo definidas as necessidades que estas têm, começando assim a existir uma relação de parceria entre estes (Simeonsson & Bailey, 1990 cit. in Pimentel, 2005).

O modelo focado na família evoluiu para o modelo centrado na família, devido às influências dos modelos transacional de Sameroff (2009) e ecológico de Barker e Wright (1955) (Simeonsson & Bailey, 1990 cit. in Pimentel, 2005).

Os modelos teóricos envolvendo o modelo transacional formulado por Sameroff (2009; Sameroff & Fiese, 2000) e o modelo bioecológico enunciado por Bronfenbrenner (2005; Bronfenbrenner & Morris, 2006) vieram salientar o modo como o desenvolvimento é influenciado pela interação entre fatores de risco e fatores de proteção reconhecidos a nível individual familiar, comunitário e nos contextos sociais e económicos. Qualquer um destes modelos também enfatiza a efeito mútuo das interações adulto-criança no processo de desenvolvimento, revelando o interesse de relacionamentos próprios, bem como o reconhecimento do papel ativo da criança no seu próprio desenvolvimento.

O modelo transacional considera o desenvolvimento como um benefício das interações dinâmicas, contínuas e bidirecionais, que se instituem entre a criança e as experiências que lhe são proporcionadas pela família e pelo contexto social (Sameroff, 1975; como citado em Bairrão & Almeida, 2003). A novidade do modelo transacional é a visão igualitária sobre os resultados da criança e do ambiente, de maneira que as experiências proporcionadas pelo ambiente não se concebem como independentes da criança. Este modelo tem assim pressuposições muito relevantes para a IP,

nomeadamente no que se refere ao reconhecimento de objetivos e sobretudo estratégias de intervenção, sendo utilizado como base em muitos programas de intervenção no desenvolvimento das crianças e famílias. As particularidades das crianças, manifestadas nas interações entre a criança e as figuras parentais e nos contextos ecológicos e socioeconómicos, estão abertas à mudança. De acordo com Sameroff (2009), o profissional a interceder deverá utilizar a análise transacional para descobrir as situações em que ocorrem descontinuidades positivas (isto é, quando uma mudança num dos parceiros cria a oportunidade de reformular o comportamento no outro, ou uma mudança num ambiente reformula o outro ambiente). Esta análise reconhece oportunidades e também fronteiras nos esforços da intervenção para progredir o desenvolvimento.

A perspetiva ecológica em psicologia realça a necessidade de analisar a natureza das relações entre pessoas, grupos, organizações, em diferentes situações socioeconómicas bem como a forma como essas relações e ocorrências afetam, tanto direta como indiretamente, o funcionamento da família, as atitudes e competências parentais, o desenvolvimento e comportamento da criança, e outros aspetos do funcionamento humano (Dunst, 2004).

Sameroff e Fiese (2000) baseiam-se no modelo ecológico para relacionar os fatores que afetam a capacidade da criança, desde fatores proximais como os cuidados parentais, que têm um predomínio direto sobre o comportamento da criança, até aos fatores sociais e económicos que a afetam através da ação dos outros. Os investigadores destacam que nenhum fator compõe, por si só, um risco ou um momento para o desenvolvimento das crianças. Não se pode separar um fator como responsável pelos bons ou maus resultados desenvolvimentais. Na sua análise ecológica do desenvolvimento, estes investigadores salientam que a ênfase dada ao contexto, não se pode deixar de vista o relevante papel que jogam as desigualdades individuais da criança, na medida em que ela influi o ambiente e é influenciado por ele. Tal como indicam Bairrão e Almeida (2003), é relevante ter-se presente que quando se referencia a perspetiva ecológico-transacional do desenvolvimento humano, há implicações conceptuais e organizacionais nomeadamente, na forma como se organizam os serviços e recursos a nível da IP para responder adequadamente as necessidades das crianças e famílias.

O modelo transacional é um forte contributo teórico para os programas de IP, especialmente pela ênfase na identificação de objetivos e estratégias de intervenção.

1.5.3. Modelo Centrado na Família

Desde a sua criação, o modelo centrado na família baseou-se no pressuposto fundamental do valor de se trabalhar com as famílias, uma vez que existe a necessidade de reforçar a capacidade das mesmas para atenderem às necessidades especiais dos seus filhos. É evidente que as crianças passam grande parte do seu tempo com as suas famílias e as suas dificuldades não podem ser resolvidas sem ter em conta o contexto familiar (Jung, 2003 cit. in Raspa et al., 2010). Deste modo, atualmente a IP centra-se no princípio da prática centrada na família, tendo este em vista o facto de que as crianças serão melhor acompanhadas se as suas famílias estiverem diretamente e ativamente implicadas no processo, em parceria com os profissionais (Turnbull et al., 2000, Blue-Banning et al., 2004 cit. in Wang et al., 2006). O princípio da prática centrada na família abrange um conjunto de ideais acerca da prestação de serviços às crianças e às suas famílias (Rosenbaum et al., 1998 cit. in Fordham, Gibson & Bowes, 2011), sendo uma estratégia baseada em pontos fortes, demonstrando ser eficaz no apoio às famílias com uma criança portadora de deficiência. A nível internacional esta estratégia é considerada a melhor prática, sendo que na Austrália a maioria dos serviços de IPI se descreveriam como centrados na família. Contudo, apesar de tudo isto, muitos serviços ainda parecem ser centrados apenas na criança, nomeadamente no desenvolvimento de aptidões (Turnbull et al., 2000 cit. in Fordham, Gibson & Bowes, 2011).

Neste modelo existe um reconhecimento da importância de ter em conta a família e a comunidade para facilitar o funcionamento familiar e o desenvolvimento da criança, sendo as necessidades e desejos da família a orientação para a intervenção, tendo esta como objetivo melhorar o bem-estar da família no seu todo (Bailey & McWilliam, 1993 cit. in Pimentel, 2005).

Tendo em conta autores como Allen e Petr (1996 cit. in Pimentel, 2005) e Turnbull, Turbiville e Turnbull (2000 cit. in Pimentel, 2005) o modelo centrado na família deve respeitar três princípios essenciais, nomeadamente:

- 1) Considerar a família como o foco do serviço - as preocupações da família devem tornar-se objetivos da intervenção, assim como esta deve ser considerada recurso à intervenção;
- 2) Apoiar a família relativamente às tomadas de decisão - deve existir uma relação de parceria entre a família e os profissionais, para que a família sinta que dirige a situação;

- 3) Fortalecer o funcionamento familiar - proporcionar serviços que ampliem as competências da família, de modo a que estes possam mobilizar todos os seus recursos.

Assim, tanto no modelo focado na família como no modelo centrado na família, o trabalho da equipa é interdisciplinar, já que os vários profissionais envolvidos partilham entre si a informação acerca da intervenção com a criança, discutem os resultados e planeiam em conjunto a intervenção a ser implementada (McGonigel, Woodruff & Roszmann-Millican, 1994 cit. in Pimentel, 2005). O progresso para o trabalho em equipa transdisciplinar tem vindo a ser feito gradualmente, exigindo este a unificação das várias terapias no sentido de maximizar a comunicação, interação e cooperação entre os vários profissionais e destes com os pais. Nesta abordagem, todas as decisões devem ser tomadas em unanimidade (avaliação, planeamento e implementação) e, apesar de todos os profissionais da equipa partilharem a responsabilidade do plano de intervenção, ele é apenas executado pela família e pelo profissional nomeado como responsável de caso (Pimentel, 2005).

O programa de IP baseado em rotinas de McWilliam (2010 cit. in Hwang, Chao & Liu, 2013) é uma das mais recentes abordagens desenvolvidas que se foca na obtenção de resultados funcionais, nomeadamente a independência da criança, as relações sociais e a satisfação dos pais com as rotinas, proporcionando às crianças oportunidades de aprendizagem em contextos naturais de vida e a possibilidade de usar a colaboração sistemática para definir metas funcionais e implementar planos de serviço com as famílias. Estas rotinas refletem os objetivos comuns das famílias, sendo que se iniciam através de uma Entrevista Baseada nas Rotinas (EBR) feita à família e, geralmente, incorporam visitas domiciliárias.

A EBR é um método informal semiestruturado de recolha de informações acerca das rotinas da criança e da sua família, que orienta os pais ou os cuidadores a relatarem as tarefas e a forma como as crianças realizam essas atividades nas rotinas. A EBR permite que os profissionais possam orientar os pais no sentido de determinar e priorizar resultados (McWilliam, 2010 cit. in Hwang, Chao & Liu, 2013). A IP Baseada nas Rotinas (IPBR) enfatiza o sucesso das crianças na realização de rotinas no ambiente atual como os resultados funcionais, que podem ser identificados durante a EBR (Peacock, Konrad, Watson, Nickel & Muhajarine, 2013 cit. in Hwang, Chao & Liu, 2013). A IPBR inclui as tendências atuais da prática centrada na família e a capacitação parental através da incorporação da intervenção na rotina diária das

crianças ou famílias, de acordo com os horários no seu contexto doméstico. Esta abordagem permite à criança adquirir habilidades de sobrevivência repetidamente ao longo do tempo em que está no seu ambiente natural (Peacock et al., 2013 cit. in Hwang, Chao & Liu, 2013).

No Modelo de IP centrado na família, os profissionais devem ter em conta todos os aspetos particulares da estrutura familiar, os padrões de interação que se estabelecem entre os diferentes elementos e as funções que cada um assume, assim como o momento da vida em que a família se encontra, de modo a que seja possível ajudá-la a enfrentar e a resolver as suas dificuldades (Cornwell & Cortland, 1997 cit. in Pimentel, 2005).

A decisão acerca de se um bebé ou criança é elegível para os serviços de IP é geralmente baseada em critérios orientados para as habilidades de padrão referenciadas ou sobre a opinião clínica informada (ex.: desvio fonológico grave). Os dados de testes clínicos são frequentemente acompanhados de dados da observação acerca das habilidades da criança, assim como dos seus interesses. Alguma parte da informação também pode advir dos cuidadores da criança, por forma a perceber quais as rotinas da criança nos seus contextos naturais, sendo que cada vez mais o processo de identificação inicial das atividades/rotinas da criança consistem na realização de uma entrevista (Wilcox & Woods, 2011).

Quando são realizadas entrevistas com os cuidadores é importante ter em conta algumas estratégias: explicar o propósito da entrevista, dando a conhecer a importância da informação (Woods & Linderman, 2008 cit. in Wilcox & Woods, 2011); envolver os cuidadores mais reservados, perguntando acerca de rotinas com alta probabilidade de ocorrer, tais como a sesta, o vestir, de modo a encorajar os cuidadores a compartilharem informações sobre as suas vidas diárias; aprender mais sobre atividades agradáveis, focando a conversa em tempos ou lugares agradáveis para o cuidador e onde a criança assume um papel importante; saber mais sobre atividades/rotinas desafiadoras, realizando perguntas relativas às dificuldades ou desafios específicos; integrar dados de observação, fazendo questões acerca de algo importante que se tenha observado; compreender a variabilidade de habilidades, sendo importante reunir informações acerca do tempo de jogo, lanches, etc.; compreender a disponibilidade do cuidador nas diferentes rotinas da criança (Wilcox & Woods, 2011).

Posteriormente a esta fase de obtenção de informações o processo de desenvolvimento de resultados inicia tendo em conta os objetivos definidos para cada

caso individualmente, assim como as estratégias a utilizar (Wilcox & Woods, 2011). A avaliação dos resultados requer uma base de medição tendo em conta a participação e opinião dos cuidadores (McWilliam, 2010 cit. in Wilcox & Woods, 2011).

O reconhecimento e operacionalizações sugeridas por Dunst (2004) para um modelo de intervenção centrado na família acontecem em aspetos-chave do sistema familiar: As integrantes do modelo (preocupações e prioridades da família, competências e talentos da família, apoios e recursos familiares/comunitários) envolvem as relações entre os desejos da família, os apoios e os recursos necessários para atingir os resultados pretendidos, e uso das capacidades pessoais e coletivas da família para movimentar a rede de suporte social. Os elementos das práticas da intervenção centrada na família explicam os procedimentos executados pelos profissionais para juntamente apoiarem e reforçarem o funcionamento da família, bem como avançarem a aquisição de competências no sentido de a família adquirir os recursos e resultados pretendidos (Dunst, 2004, p.271).

Segundo Sawyer e Campbell (2009), os profissionais planificam a intervenção com a criança através de estratégias direcionadas aos cuidadores para progredirem a sua participação e aprendizagem, especialmente através da definição de objetivos individuais de aprendizagem introduzidos nas rotinas e atividades da criança e da família, adequar, bem como na adequação dos materiais.

1.5.4. - Modelo Integrado e Baseado na Evidência para a Intervenção Precoce e o Apoio à Família de Dunst

Ao longo do seu percurso, Dunst (2000a cit. in Correia & Serrano, 2000) enfatizou a relevância da componente do apoio social, particularmente a mobilização das redes sociais informais, como origem de oportunidade de aprendizagem e foi desenvolvendo modelos que apelavam ao *empowerment*.

O modelo original de Dunst (2000a cit. in Correia & Serrano, 2000) continha quatro componentes conceptuais: o enquadramento sistémico social; a família como unidade de intervenção; a filosofia do *empowerment* e uma orientação no sentido de promover e introduzir melhorias nas capacidades da família. Estes componentes eram operacionalizados por quatro componentes interligados entre si, nomeadamente o comportamento de ajuda, as necessidades e prioridades da família, o estilo de funcionamento da família e os apoios e recursos da comunidade.

O modelo de intervenção centrado na família, descrito por Dunst e colaboradores em 1998, progrediu ao longo de anos, essencialmente por dois motivos: para responder às várias críticas que lhe eram dirigidas nomeadamente, o alvo da intervenção, abrangendo as características da criança, uma vez que é ela o motivo da mesma, e incluir outros aspetos e características das influências ambientais e do seu papel nas intervenções. Por isso desenvolveu o modelo mais atual, o modelo de IPI de 3ª geração, que denominou de Modelo Integrado Baseado na Evidência para a IP de Apoio à Família (Serrano, 2007; Almeida, 2009).

Este modelo (Figura 1) é formado por várias componentes principais (práticas de ajuda centradas na família, oportunidades de aprendizagem da criança, apoio às competências dos pais, recursos da família/comunidade e práticas centradas na família), e três elementos resultantes da interseção das anteriores (cenários de atividades diárias, estilos de interação parental e oportunidades de participação dos pais), que são cruciais para práticas eficazes (Dunst, 2000a, 2000b).

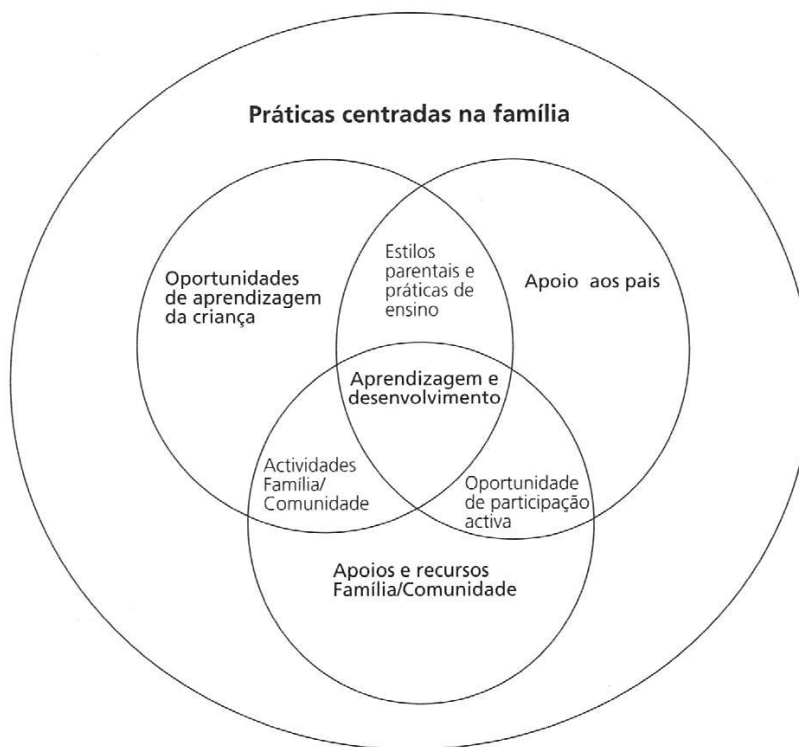


Figura 1 – Modelo de IP e apoio familiar integrado e baseado na evidência (FONTE: Dunst, 2000).

1.5.5. Modelo Desenvolvidor de Sistemas para a IP de Guralnick

O Modelo Desenvolvidor de Sistemas para a IP de Guralnick (2001, 2005a, 2005b, 2006a e 2006b) está assente em quatro princípios orientados para uma prática desenvolvimental: o enquadramento desenvolvimental, cuja característica principal é centrar a intervenção na família; a inclusão; a integração e a coordenação, de forma a se efetivar uma comunicação verdadeira da criança e da família na vida da comunidade e a haver uma ótima cooperação e organização entre todos os níveis do sistema. Para o efeito tem em conta as características das crianças suscetíveis de serem influenciadas e modificadas por fatores genéticos ou de base biológica, que naturalmente vão alterar os padrões de interação familiar. É importante salientar que as famílias, por vezes, deparam-se com fatores stressantes ou fatores de risco ambiental, que podem causar padrões de interação familiar comprometedores do desenvolvimento da criança (Guralnick, 2001, 2005a).

Guralnick (2001, 2005a) explica que o desenvolvimento da criança é influenciado por três tipos de padrões de interação: a qualidade das transações pais-criança; as experiências proporcionadas pela família e as atividades dos pais, relevantes para a saúde e segurança da criança. Estes padrões de interação podem ser afetados por diversos potenciais stressores na família relacionados, ou com as características da criança com deficiência, risco biológico, ou com as características da própria família, no caso das crianças com risco ambiental. Os potenciais stressores e os diversos padrões de interação familiar vão ter consequências diretas no desenvolvimento da criança. Assim sendo, existem três componentes que os programas de intervenção devem contemplar de forma a diminuir os stressores: o conhecimento sobre recursos, em que é importante que exista uma coordenação dos serviços; o apoio social, por exemplo, em grupos de pais, aconselhamento familiar, rede de amigos e familiares e por fim, a informação sobre programas de intervenção formal e terapias.

Na perspetiva bioecológica de Bronfenbrenner e no modelo de Guralnick, pode-se alargar o conceito de risco para além de quaisquer dimensões intraindividuais ou intrafamiliares. Ao incluirmos fatores sistémicos interindividuais que identificam a influência que indivíduos e sistemas têm uns sobre os outros, aperfeiçoamos as nossas intervenções e o próprio procedimento de desenvolvimento da criança, uma vez que este deve ser permanentemente visto como o produto de todos os fatores inter-relacionados envolvidos nos diferentes contextos nos quais ela e a sua família se movem diariamente. Segundo Guralnick, (2001, 2005a), neste modelo, o objetivo da

IPI deverá ser a otimização dos padrões de interação familiar e a reconhecimento dos potenciais stressores, em consideração das várias dimensões (micro, meso, exo e macro) do sistema ecológico, onde um Programa de IPI deverá ocorrer.

CAPÍTULO II – PRÁTICAS E INTERVENÇÃO NO AMBIENTE NATURAL DA CRIANÇA

2.1 - Família como Sistema: Definição

A Família pode ser encarada como um sistema social, que engloba características e necessidades próprias, em que os membros da família estão interligados, sendo que qualquer experiência que afete um membro, irá afetar todos de alguma forma (Serrano, 2007 cit. in Paiva, 2013).

Segundo Abreu-Lima (2005 cit. in Paiva, 2013) a família é o principal contexto socializador da criança. As suas interações afetam o desenvolvimento da criança, tendo em conta a interdependência entre os processos familiares e a socialização da criança, e outros contextos ecológicos em que a família está inserida. Isto sugere que, a família é uma unidade que constrói uma atmosfera onde os processos de socialização e educação são realizados (Todorovic, Matejevic & Simic, 2012).

Entre outros modelos existentes para a explicação/compreensão do funcionamento familiar, podemos ressaltar o Modelo Circumplexo (Olson & Gorall, 2007 cit. in Todorovic, Matejevic & Simic, 2012), composto por três conceitos chaves, nomeadamente a coesão, a flexibilidade familiar e a comunicação. Relativamente à coesão, esta é definida como o vínculo emocional entre os membros da família. A flexibilidade familiar é a qualidade e expressão de liderança e organização, as relações entre os papéis e as negociações. Já a comunicação é definida como o conjunto de habilidades de comunicação positiva usadas por um casal ou por um sistema familiar que se referem por exemplo à capacidade de ouvir o discurso do outro e à auto abertura. Neste sentido, níveis desequilibrados de coesão e flexibilidade são associados a um funcionamento familiar problemático (Olson & Gorall, 2007 cit. in Todorovic, Matejevic & Simic, 2012), assim como a coesão familiar e a comunicação parecem ter influência no desenvolvimento da empatia e maturidade das crianças.

O funcionamento do sistema familiar depende da capacidade de todo o sistema para comunicar de uma forma adequada, para passar e trocar informações, para os

membros da família harmonizarem o seu comportamento, para nutrir confiança, resolver problemas e conflitos e para expressar alegria e tristeza (Kieren & Dogerty-Poirier, 1992 cit. in Todorovic, Matejevic & Simic, 2012).

2.2 – O Envolvimento da Família na Intervenção Precoce

As famílias foram assumindo um papel decisivo na IP, ao mesmo tempo que foi dado gradual ênfase às relações, tanto entre a criança e os pais, como na relação entre os pais e os profissionais. Estas considerações forçaram a uma modificação crucial dos padrões tradicionais de serviços concedidos à família. Esta nova filosofia de atendimento foi implementada de forma gradual, substituindo-se os modelos de serviços centrados no profissional para focaliza-los no papel da família. Assim o cuidador de referência da vida da criança assume o papel principal e a liderança na tomada de decisões em todo o processo de intervenção (Simeonsson, 1996).

Identificar e reconhecer o papel dos pais como decisores no processo de intervenção, de forma responsável às suas prioridades e necessidades, compõe a base das relações individualizadas entre pais e profissionais (Leviton, Mueller & Kauffman, 1992, in Cruz, Fontes & Carvalho, 2003), sendo que os serviços de IP devem ser desenvolvidos nos contextos de relações de suporte/apoio entre o profissional e a família, em que o processo de desenvolvimento de relações positivas entre técnicos e famílias pode ser simultaneamente complexo e compensador, assumindo tal processo um papel central na IP (Correia & Serrano, 1998).

É importante que os técnicos de IP oiçam os pais com atenção, pois a forma como comunicam irá facilitar a sua ligação e convivência com os seus filhos. O enfoque da IP deverá ser apoiar as interações entre os prestadores de cuidados e as crianças, bem como as interações entre a criança e os seus contextos, de forma a ampliar da melhor forma o crescimento da criança. A criança evidencia maiores progressos no desenvolvimento se a sua família estiver envolvida no seu plano de intervenção. Também as sessões de visita domiciliária semanais, num curto espaço de tempo, não podem de forma alguma, ter resultados positivos se não forem articuladas com o apoio aos pais das crianças. A real intervenção, ou seja, aquilo que realmente faz a mudança no desenvolvimento da criança, acontece entre as visitas do profissional de IP (McWilliam, 2003, in Cruz, Fontes & Carvalho, 2003).

Outro aspeto que os profissionais devem ter em conta é que as famílias são diferentes e que variam de acordo com diversos fatores, especificadamente quanto à forma, dimensão, estrutura, religião, quanto à saúde, à educação, à localização geográfica, aos valores e às crenças. Ao perceber-se que cada família é diferente, reconhecem-se também diferentes recursos, prioridades e preocupações e é natural que necessite de um programa de IP diferente. A constatação anteriormente exposta sugere que os profissionais de IP devem, antes de tudo analisar as necessidades das famílias e o impacto que estas estão a ter no desenvolvimento da criança, para que de seguida realizem a planificação da intervenção. No trabalho com as famílias será importante reconhecer a diversidade dos seus valores, crenças e prioridades. Esta metodologia pressupõe que os pais se tornem elementos ativos, capazes de poder intervir de forma positiva na educação e no desenvolvimento da sua criança (Summers & Brothern, 1986).

A colaboração dos pais é um elemento fundamental das práticas de IP atuais, que se envolvem numa abordagem centrada na família. O relevo nas práticas centradas na família progrediu a partir dos desenvolvimentos teóricos no domínio da IP nos últimos trinta anos (Aytch, Castro & Selz, 2004). Abrange-se a gradual identificação que: (a) as interações entre pais e crianças possuem um papel importante no desenvolvimento (Bruder, 1997); (b) os efeitos da intervenção são mais positivos quando os programas enquadram esforços arranjados para trabalhar com os pais (Dunst, 1998a, 1998b); (c) e, o enquadramento legal que institui a organização dos serviços de IP deverá promover a colaboração ativa das famílias em todos os períodos do processo e na tomada de decisões (Despacho Conjunto nº 891/99).

Assim, o profissional deve saber o suficiente para direcionar as famílias na intervenção de forma mais particular, e na interação diária com a criança, de forma mais global, em função de desiguais problemáticas, idades, e famílias, investigando, sempre que precise, ao apoio de outros especialistas (Carpenter, 2007).

A IP pode ter um impacto notável nos cuidados parentais, na medida em que o programa de intervenção pode aumentar a confiança e competência da família. Numa abordagem centrada na família, os apoios abrangem informação, aconselhamento, e orientação, que tanto reforçam o conhecimento e as capacidades parentais como também avançam a aquisição de novas competências necessárias para cuidar da criança e produzir oportunidades de desenvolvimento e aprendizagem (Carpenter, 2007). A literatura aponta para o fato de que os programas de maior sucesso são

aqueles em que profissionais e famílias colaboram entre si, fazendo estas parte integrante da equipa (McWilliam, Winton & Crais, 2003).

2.3 – O Trabalho em Equipa

O processo de criação de uma equipa de IPI acontece quando os seus elementos se sentem parte da mesma e criam um espaço comum que irá contextualizar a sua ação coletiva, sendo que a IP obriga um conjunto de saberes, formações e intervenções que se fazem de modo agrupado. A equipa é a responsável pela intervenção e pela elaboração de um plano integrado, que envolve a participação da família. Os membros, na equipa devem partilhar de forma constante os diversos conhecimentos, integrando nas suas intervenções práticas e estratégias de diversas áreas científicas (Santos, 2007).

Segundo o ponto 6.3.3 do Despacho Conjunto 891/99 de 19 de Outubro, o homem, como ser social, desde cedo se organizou em equipa, de forma a alcançar objetivos que, isoladamente, seriam atingidos de forma mais dispendiosa ou desadequada. O desenvolvimento e a complexidade do mundo moderno têm exigido relações de dependência e/ou complementaridade de conhecimentos e competências que possibilitem alcançar os objetivos traçados. Assim, o trabalho em equipa pode ser entendido como uma estratégia concebida pelo homem, para melhorar o seu desempenho, aumentar a produtividade e aumentar o grau de satisfação de cada elemento (Piancastelli, Faria & Silveira, 2000; Cunha, Rego, Cunha & Cabral-Cardoso, 2007).

Para se formar uma equipa, cada elemento necessita de possuir outras competências para além de competências técnicas e relacionais, dado que a interação afeta o empenho de cada um e de todos, podendo mesmo modificar o desempenho individual ou coletivo e beneficiar ou prejudicar o desenvolvimento das tarefas. Assim, cada membro deve possuir algumas capacidades, nomeadamente: autonomia mantendo o sentido de responsabilidade individual; aceitação do outro; sentido de cooperação, reconhecimento dos poderes; e objetividade (Devilard, 2001). Hoje em dia, o trabalho de equipa é incentivado em todas as áreas da atividade humana e pode ser definido como um grupo de pessoas com competências complementares, comprometidas com uma missão e objetivos comuns e com um plano de trabalho bem definido (Piancastelli, Faria & Silveira 2000). Face a estas exigências, verifica-se também que os apoios legais adaptam-se a diferentes modelos de organização das equipas sendo

eles o modelo interdisciplinar e transdisciplinar. Em ambos cada profissional deixa a sua área específica de trabalho e relaciona-se com as áreas comuns do trabalho de outros colegas.

A interdisciplinaridade permite compreender um determinado fenómeno a partir de uma ou mais áreas, com pontos de vista, metodologias e instrumentos diferentes e, esta intervenção é então desenvolvida por equipas que envolvam profissionais de diferentes áreas e que propagam serviços abrangentes. Neste tipo de intervenção, aquando da decisão de determinada problemática, deve procurar-se manter e seguir a especificidade de cada área. Esta intervenção facilita que sejam rentabilizados recursos, que se impeça sobreposição de respostas, permitindo uma aproximação dos serviços às famílias e que as respostas sejam dadas de forma unificada. O sucesso da intervenção depende da capacidade da equipa em trabalhar de forma conjunta e coordenada.

Relativamente à transdisciplinaridade, os profissionais que utilizam o modelo transdisciplinar, desenvolvem a sua intervenção de forma unida na busca de soluções para as necessidades da família, sendo que cada profissional veicula aos outros o seu conhecimento de modo a que a intervenção seja realizada por um menor número de profissionais (Dias, 2003). O objetivo deste modelo é que os pais ou responsáveis pela criança estejam incluídos na intervenção e sintam que são um membro ativo da equipa. Para Franco (2007) este modelo supõe a presença de um conceito de equipa mais forte, estruturado e dinâmico onde existe completa corresponsabilização de todos os membros da equipa, nas decisões a tomar, na avaliação dos resultados, na relação que se estabelece entre os profissionais e, ainda, na partilha de informação entre os profissionais.

De acordo com o Despacho Conjunto 891/99 de 19 de Outubro, na sua atuação, a equipa deve utilizar o modelo que melhor se adapte às exigências deste tipo de intervenção e que permita uma atuação integrada dos apoios às múltiplas necessidades da criança e da família, caracterizando-se por:

- a) Avaliar, conjuntamente com as famílias, as respetivas necessidades, prioridades e recursos;
- b) Construir com a família, um plano individual de intervenção baseado nessa avaliação;
- c) Ter um único responsável pela implementação do plano individual de intervenção, denominado “responsável de caso”, que garante a articulação dos apoios a prestar. Relativamente a uma mesma família,

independentemente das crianças que nela estejam a ser abrangidas pela IP, não é recomendável mais do que um responsável de caso, exceto quando esta situação inviabilize a satisfação das necessidades da criança ou da família;

- d) Atuar no domicílio e nos ambientes em que a criança habitualmente se encontra, nomeadamente, amas, creches, jardins-de-infância ou outro local indicado pela família;
- e) Partilhar entre si, de forma sistemática, os conhecimentos dos diferentes elementos da equipa.

Em Portugal, o trabalho de equipa em IP foi sempre valorizado, sendo referenciado nas legislações que foram sendo publicadas. No Despacho Conjunto 891/99, já era observável a preocupação com a invenção de novas dinâmicas de trabalho em equipa, sendo este um dos três eixos referenciados, conjuntamente com o envolvimento da família e o sentido de um plano individual de intervenção, para dar resposta à complexidade dos problemas que as deficiências e as situações de risco. Já nesta altura a tónica do trabalho de equipa se situava no interesse da partilha de conhecimentos entre os elementos da equipa, de uma forma ordenada, de forma a responder as necessidades das crianças e famílias e intensificar o seu envolvimento, autonomia e capacidade de tomar decisões. Apesar da complementaridade e responsabilidade repartida que deve existir no trabalho em equipa, é inevitável o aparecimento dos conflitos. No entanto, esta situação pode trazer consequências positivas ou negativas, consoante a forma como ele é gerido, e proporcionar a oportunidade de se encontrarem compromissos, estabelecendo entendimento para preservar e fortificar as relações interpessoais (Ferreira, Neves & Caetano, 2001).

Na IP, o coordenador da equipa adota um papel relevante no reconhecimento da necessidade de mudança e de fazer com que esta modificação ocorra. Segundo o Decreto- Lei nº 281/09, a coordenação das equipas locais deverá ser garantida por um dos elementos designados pela Comissão de Coordenação Regional. No manual Técnico das Equipas Locais de Intervenção (ELI) divulgado pelo SNIPI, mais precisamente no artigo 8º, da minuta do Regulamento Interno das ELI, estão descritas as competências do coordenador destas, sendo as mesmas expostas abaixo (Manual Técnico das ELI, 2011):

1. Confirmar e ativar procedimentos por forma a dar competências das Equipas Locais de Intervenção, conforme vem descrito no art. 7º do Decreto-Lei 281/2009, de 6 de Outubro;
2. Sugerir atividades de formação contínua e de desenvolvimento profissional, apontando para um aperfeiçoamento profissional dar oportunidade de trocas de experiências e de cooperação entre profissionais da IPI;
3. Moderar as reuniões internas de ELI, no sentido de otimizar a administração do tempo e de desenvolvimento de todos os participantes;
4. Unificar e partilhar tarefas entre todos os elementos da ELI;
5. Garantir a leitura e a gestão do correio recebido;
6. Administração dos mapas de assiduidade dos profissionais;
7. Cuidar para que a informação se mantenha atualizada relativamente às crianças em apoio e ao trabalho desenvolvido;
8. Articular com os núcleos de supervisão e acompanhamento técnico e com as subcomissões de coordenação regional do SNIPI;
9. Expor a ELI em reuniões, encontros de trabalho e noutros momentos que se julgue pertinentes;
10. Adotar com responsabilidade a gestão dos problemas e constrangimentos internos e encaminhá-los para as estruturas mais adequadas.

As intervenções destes profissionais devem ter sempre em ponderação a totalidade da criança e da família, devendo ser programadas e desenvolvidas pela equipa numa perspetiva interdisciplinar ou transdisciplinar (Shonkoff & Meisels, 2000). A laboração em equipa em IP exige, assim, uma colaboração a diferentes níveis, como menciona Winton (2000): (a) entre profissionais e famílias; (b) intraserviços; (c) interserviços; (d) interserviços a nível administrativo. A transdisciplinaridade é habitualmente explicada como a partição de papéis entre áreas disciplinares de modo a que seja maximizada a comunicação, interação e cooperação entre os elementos da equipa (Johnson e LaMontagne, 1994). A equipa transdisciplinar é caracterizada pelo compromisso dos seus elementos para instruir, aprender e trabalhar em conjunto, a fim de implementarem serviços coordenados (Peterson, 2002).

CAPÍTULO III – SATISFAÇÃO E QUALIDADE DOS CUIDADOS E APOIOS

Ao longo dos anos, nos contextos de prestação de cuidados de saúde tornou-se evidente a necessidade de perceber qual o ponto de vista dos clientes no que diz respeito aos serviços prestados (Armstrong, 1991 cit. in Sitzia & Wood, 1997), com o intuito de atingir diferentes propósitos, sendo eles: 1) comparar diferentes programas de cuidados de saúde; 2) avaliar a qualidade dos cuidados; 3) identificar quais os aspetos dos serviços que necessitam de serem alterados para melhorar a satisfação dos clientes; e 4) assistir a organizações na identificação de clientes (Locker & Dunt, 1978 cit. in Jackson, Chamberlin & Kroenke, 2001).

3.1 – Conceito de Satisfação

A satisfação do cliente referente à qualidade dos serviços prestados diz respeito ao seu agrado com a sua experiência de interação com o serviço quando este supera as suas expectativas (Hespanhol, 2005 cit. in Lobo, n.d.). Segundo Fritzpatrick (1997, cit. in Lobo, n.d.), a satisfação dos clientes em centro de saúde define-se como a avaliação dos cuidados recebidos, englobando as reações emocionais e cognitivas.

O conceito de satisfação foi desenvolvido a partir de perspetivas da sociologia e da psicologia considerando os conceitos de “felicidade” e “bem-estar”. Pode-se considerar a satisfação como algo subjetivo e que está muito relacionado com o nível de expectativa de cada indivíduo, ou seja, a importância que determinado fator tem para cada um. Existem aspetos fundamentais, nomeadamente a estrutura da personalidade e a cultura em que cada indivíduo se encontra inserido (Fleck, 2008 cit. in Paiva, 2013).

Ao abordar o modelo de satisfação é importante realçar as suas principais contribuições sendo que a primeira vem da Teoria das necessidades de Maslow. (1954 cit. in Paiva, 2013) no que diz respeito à satisfação das necessidades básicas, como a saúde, a mobilidade, a nutrição e o abrigo. Segundo esta abordagem, só se conseguirá uma boa qualidade de vida quando todos os níveis da pirâmide forem satisfeitos (Maslow, 1954 cit. in Paiva, 2013); e a segunda contribuição vem das teorias cognitivistas que consideram que cada indivíduo tem uma perceção individual da sua própria qualidade de vida, mesmo estando inseridos na mesma sociedade sujeito a influências de cultura, religião, etc. (Fleck, 2008 cit. in Paiva, 2013).

As abordagens continuam a contribuir para o desenvolvimento dos serviços, tal como diz Carpenter (2007), devemos ter consciência de que as nossas abordagens têm que ser responsivas, mudando consoante o perfil de necessidades das crianças e das suas famílias.

3.2 – Fatores de Satisfação com a Qualidade dos Cuidados e Apoios Prestados

A satisfação dos clientes tem como base as perceções destes em relação às suas expectativas, valores e desejos (De Silva, 1999 cit. in Vaitsman & Andrade, 2005). A satisfação é considerada subjetiva dadas as características individuais dos indivíduos, assim como o grau de expectativas e exigências individuais dos mesmos (Sitzia & Wood cit. in Vaitsman & Andrade, 2005). No que concerne às expectativas este parece ser o aspeto mais importante a ter em conta uma vez que os clientes podem ter aprendido a diminuir as suas expectativas relativamente aos serviços ou, pelo contrário, os clientes apresentarem um alto grau de exigências com os serviços (Vaitsman & Andrade, 2005).

A investigação tem estudado as correlações da satisfação, considerando as características dos clientes, o comportamento do cliente relativamente à saúde, as características do serviço e o financiamento e a interação cliente-técnico. No que diz respeito às características do cliente, a maioria dos estudos dá enfoque aos dados sociodemográficos dos clientes, nomeadamente a idade, o sexo, a etnia e os gostos. O comportamento do cliente relativamente à saúde diz respeito ao que os clientes fazem como resultado da sua satisfação com os cuidados. As características dos serviços e o financiamento correlacionados com a satisfação dos clientes é um assunto ainda pouco claro, no entanto sabe-se que os locais onde são fornecidos os serviços têm uma importante influência na satisfação. Por último, relativamente à interação cliente-técnico, sabe-se que as manifestações de preocupação e cuidado, os aspetos da relação interpessoal entre cliente e técnico influenciam muito a satisfação do primeiro, assim como a presença de uma comunicação clara, explicações simples e tempo suficiente para proporcionar ao cliente (Keith, 1998).

Os aspetos interpessoais dos cuidados foram vistos ao longo do tempo como a componente principal da satisfação, sendo a comunicação e a empatia particularmente importantes (Moorey, 1988 cit. in Sitzia & Wood, 1997). Alguns estudos indicam que as habilidades de comunicação física também estão relacionadas com a satisfação. As

barreiras específicas da comunicação, como por exemplo a fraca atenção ao cliente, falham por terem em conta as preocupações e expectativas do mesmo (Jackson, Chamberlin & Kroenke, 2001).

Num estudo realizado por Mpinga e Chastonay (2011) estes identificaram, clarificaram, classificaram e compararam conceitos chave no campo da satisfação dos clientes e no campo dos direitos humanos. Ao nível do campo da satisfação dos clientes os conceitos chave segundo a literatura são a qualidade e aceitabilidade médica, disponibilidade dos serviços, hipóteses de custos, informação e participação do cliente. De um modo mais específico as constituintes chave da satisfação dos clientes são: a qualidade dos cuidados, que incluem a competência profissional, infraestruturas adequadas, diagnóstico apropriado e procedimentos terapêuticos; equidade na acessibilidade das medidas de diagnóstico, terapêutica e prevenção; participação do cliente e da família nos cuidados e na prevenção; custos moderados; informação adequada acerca da doença e da terapêutica; e tempo de espera aceitável e acolhimento apropriado. Em termos de resultados, este estudo concluiu que existe correlação entre a satisfação dos clientes e os direitos de cuidados de saúde, tendo sido a disponibilidade dos serviços, a acessibilidade dos cuidados, a aceitabilidade e a qualidade dos cuidados, os pontos comuns identificados em diversos estudos.

3.3 – Satisfação e Qualidade dos Cuidados

A satisfação dos clientes é encarada como o maior indicador da evolução e melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, existindo desta forma vários instrumentos que avaliam esta questão (Hekkert, Cihanjir, Kleefstra, Berg & Kool, 2009). Contudo, o desenvolvimento de um instrumento que possa avaliar a satisfação dos clientes deve ser elaborado de modo que se entenda como estes avaliam os serviços (Williams, Coyle & Healy, 1998).

Salienta-se ainda que existem alguns problemas na medição dos resultados nomeadamente a definição de objetivos, sendo que os objetivos, normalmente traçados pelos profissionais, são diferentes daqueles considerados importantes para os clientes (Bond & Thomas, 1991 cit. in Sitzia & Wood, 1997). Diversos estudos mostram evidências de que os clientes mais satisfeitos estão mais aptos a continuarem os tratamentos e a cooperarem com os mesmos (Keith, 1998). Para além disso, apontam que quanto melhor um profissional conhecer as expectativas do cliente mais satisfeito o cliente estará com os serviços recebidos (Larsen & Rootman, 1976

cit. in Sitzia & Wood, 1997). No entanto, é importante ter em conta que existem diversas variáveis a ter em conta, nomeadamente o estatuto socioeconómico, os valores e as atitudes do cliente (Sitzia & Wood, 1997).

Concomitantemente ao conceito de satisfação salienta-se o conceito de expectativas. Segundo Stimson e Webb (1975 cit. in Sitzia & Wood, 1997) o conceito de expectativas é difícil de definir analiticamente, sendo que associadas a este conceito identificaram-se três categorias: *background*, interação e ação. No que diz respeito às expectativas associadas ao *background*, estas são expectativas explícitas que resultam de conhecimento acumulado acerca do processo de tratamento. As expectativas de interação, estas referem-se às expectativas dos clientes que observam as mudanças que vão ocorrendo no profissional que trabalha com eles, como por exemplo a forma e a técnica com que questiona e o nível de informação que revela. Já relativamente às expectativas de ação estas referem-se à ação que o profissional irá tomar. Das três categorias apresentadas por estes dois autores, as expectativas de interação são consideradas as mais importantes.

Os estudos também referem que a satisfação com os cuidados de saúde depende de variáveis como a classe social, o estatuto marital, o género e a idade, sendo dado a este último mais destaque (Sitzia & Wood, 1997). Estudos indicam que os clientes mais velhos tendem a apresentar maiores índices de satisfação com os cuidados de saúde do que os mais jovens (Zahr et al., 1991 cit. in Sitzia & Wood, 1997). Também foi observado que os clientes com menores níveis educacionais apresentam maior satisfação com os cuidados de saúde (Hall e Dornan, 1990 cit. in Sitzia & Wood, 1997). As questões psicossociais são também tidas em conta no que concerne à satisfação dos clientes, já que os clientes podem manifestar maior satisfação com os serviços do que aquilo que realmente sentem pelo facto de acreditarem que os pensamentos positivos são mais aceitáveis, assim como por manifestarem relutância em se queixarem dos serviços por recearem um tratamento desfavorecido no futuro (LeVois et al., 1981 cit. in Sitzia & Wood, 1997).

Existem diversas classificações das componentes da satisfação nomeadamente a adequação das facilidades, efetividade da estrutura organizacional, competências profissionais, competências pessoais e o efeito dos cuidados nos clientes (Abdellah & Levine, 1965 cit. in Sitzia & Wood, 1997). Ware et al. (1983 cit. in Sitzia & Wood, 1997) definiram oito dimensões da satisfação, sendo elas os modos interpessoais (preocupação, consideração, paciência), a qualidade técnica (competências demonstradas), a acessibilidade (tempo de espera, conveniência da localização), os

aspectos financeiros (acessibilidade e forma de pagamento), a eficácia/resultados dos serviços (percepção das melhorias), a continuidade dos cuidados (regularidade dos cuidados), o ambiente físico (instalações físicas) e disponibilidade (instalações e serviços suficientes na área). Também segundo Rubin (1990 cit. in Sitzia & Wood, 1997) componentes importantes da satisfação seriam os cuidados dos técnicos, a comunicação, a organização, o ambiente e os procedimentos.

Relativamente a investigação em IP esta tem incidido, nos últimos anos, no reconhecimento da família com a intervenção prestada por equipas de IP.

Considera-se que a satisfação com a intervenção só pode ocorrer quando as necessidades/expetativas da família forem satisfeitas (Correia & Serrano, 1994; De Silva, 1999 cit. in Vaitsman & Andrade, 2005). No entanto, importa ressaltar que a satisfação é subjetiva, tendo em conta as características individuais de cada um, tal como o nível das suas expetativas (Sitzia & Wood cit. in Vaitsman & Andrade, 2005).

Os programas de IPI que prestam serviços cuidadosamente estruturados por profissionais bem formados podem ter um impacto significativo nas crianças com problemas de desenvolvimento, mas as intervenções que têm resultados positivos raramente são simples, sem custos ou fáceis de implementar.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

Nesta segunda parte da presente dissertação apresenta-se o estudo empírico. No capítulo que se segue será apresentada a metodologia utilizada na presente investigação, abrangendo os objetivos, a apresentação do tipo de estudo utilizado e das variáveis presentes na investigação, assim como a caracterização da amostra, descrição dos instrumentos utilizados e procedimentos de recolha e tratamento de dados.

CAPÍTULO IV – MÉTODO

4.1 – Enquadramento Metodológico

Segundo Quivy e Campenhout (2005), uma investigação é algo que se procura conhecer, tendo como preocupação inicial eleger o objeto de estudo e delimitar, tanto quanto possível, a problemática a estudar. O investigador deve estabelecer um fio condutor tão claro quanto realizável de modo a que o seu trabalho se possa iniciar e estruturar com coerência.

O problema a investigar representa o ponto de partida da pesquisa e para o qual se vai procurar encontrar resposta e deve constituir uma questão formulada claramente e sem ambiguidades, para que seja facilmente inteligível e admita somente uma interpretação. O investigador ao formular a questão deve assegurar-se que ela é exequível, isto é viável dentro das possibilidades que reúne no momento. Para Quivy e Campenhout (2005), uma boa pergunta de partida deve ser clara, precisa concisa e unívoca para que possa ser facilmente compreendida, devendo também ser pertinente, ou seja, adequada ao fim em vista.

4.2 Contextualização do Estudo

No contexto da IP as famílias são as principais destinatárias do apoio oferecido, de modo a promover a sua capacitação e autonomia na promoção do desenvolvimento dos seus filhos. Por isso, procura-se que as famílias tomem a liderança do processo de intervenção, definindo e decidindo as prioridades do apoio, bem como aspetos mais práticos do apoio disponibilizado. Daí decorre a necessidade de adaptação do apoio de cada família, bem como de manutenção da sua satisfação face ao apoio prestado.

A adequação da intervenção bem como a sua melhoria dependem do conhecimento do grau de satisfação com a intervenção e dos domínios a esta associada.

Para Bairrão e Almeida (2003), no nosso país, têm sido muito escassos os programas de IP que se têm preocupado em executar uma avaliação disciplinada das suas práticas, havendo, por isso, a necessidade, quer de adequar instrumentos de avaliação á nossa realidade, quer de criar novos instrumentos que possam esclarecer sobre o que se passa neste contexto.

4.3 – Objetivos

4.3.1 - Definição de Objetivos: Objetivo Geral e Objetivos Específicos

Objetivo Geral

O objetivo geral do presente estudo consiste em analisar a satisfação, das famílias, com a qualidade da intervenção prestada pelas Equipas de IP.

Considerando o objetivo geral anteriormente referido apresentamos, igualmente, os seguintes objetivos específicos.

Objetivos Específicos

- 1- Analisar as qualidades psicométricas da escala na amostra em estudo
- 2- Analisar quais os domínios em que as famílias referem maior e menor satisfação com a qualidade da intervenção recebida.
- 3- Analisar a satisfação global das famílias e o/os domínios que mais contribuem para a mesma.
- 4- Analisar as diferenças nos resultados da satisfação com a qualidade da intervenção em função de variáveis sociodemográficas.
 - 4.1- Verificar se existem diferenças na satisfação com a qualidade da intervenção em função do género do respondente.
 - 4.2- Verificar se existem diferenças na satisfação com a qualidade da intervenção em função da escolaridade da mãe/pai.
 - 4.3- Verificar se existem diferenças na satisfação com a qualidade da intervenção em função do nível condição laboral.

- 4.4- Analisar diferenças na satisfação com a qualidade da intervenção em função do local onde ocorre normalmente a intervenção.
- 5- Analisar diferenças na satisfação com a qualidade da intervenção em função da frequência das sessões.

4.4 – Amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 165 adultos cuidadores (pais, avós, outros) de crianças dos 0 aos 6 anos de idade apoiadas por equipas de intervenção precoce. Responderam á escala, sujeitos de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 17 e os 57 anos.

4.5 - Instrumentos de Recolha de Informação

Considerando o problema de investigação, neste estudo de natureza quantitativa foram recolhidos os dados utilizando dois instrumentos:

- Questionário sociodemográfico e a Escala de satisfação da família.

4.5.1 - Questionário Sociodemográfico e Escala de Satisfação das famílias

O Questionário Sociodemográfico foi concebido pela equipa de investigação, com o objetivo de recolher alguns dados relacionados com as crianças e suas famílias, permitindo uma melhor caracterização da amostra. A escala Europeia de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce é composta por dois grandes grupos de questões: uma primeira parte de dados gerais com questões que caracterizam a família/cuidador, da criança apoiada, bem como o apoio prestado á família; Relativamente aos cuidadores da criança, destacam-se as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, nível de instrução mais elevado, situação perante o trabalho, profissão, domínio de atividade em que trabalha ou trabalhou, situação profissional, grau de parentesco face à criança apoiada, sexo da criança que esta a ser apoiada, número de irmãos apoiados, posição da criança na fratria face aos irmãos, dificuldades das crianças, diagnóstico, frequência dos apoios e local a intervenção. Uma segunda parte da escala de avaliação da satisfação composta por 66 afirmações repartidas por 8 dimensões: apoio aos pais (15 itens), apoio à criança (12 itens), ambiente social (3 itens), relação entre pais e profissionais (6 itens), modelo de apoio

(15 itens), direitos dos pais (3 itens), localização e ligações do serviço (3 itens) e a estrutura e administração do serviço (9 itens). As diversas possibilidades de resposta (ex. conforme a Escala em anexo: “muito bom”, “bom”, “mau” e “muito mau”).

Para Lanners e Mombaerts (2000, cit. in Cruz et al, 2003), avaliar o grau de Satisfação das Famílias é uma questão de natureza conceptual, uma vez que a satisfação é em si uma conceção abstrata, de difícil significação e medição, e dependente de avaliações subjetivas apoiadas em critérios e em informações, por vezes, muito distintos (Cruz et al., 2003).

O conceito operacionalizado pela equipa de investigadores do Grupo Eurliais (1999), que desenvolveu a escala original EPASSEI (European Parental Satisfaction Scale about Early Intervention), assenta na noção de satisfação das famílias vista como o desfasamento entre as expectativas dos pais relativamente aos programas de IP e o serviço de IP realmente recebido. Foram nomeadas as diversas dimensões, nas quais foi possível desenvolver um conjunto de indicadores que procuram alcançar aspetos específicos do apoio estimável pelas famílias inquiridas (Cruz et. al, 2003).

4.6 – Procedimento

Os dados para a realização desta investigação foram recolhidos junto de famílias apoiadas por equipas de IP, do Distrito de Portalegre. Neste sentido, começou-se por contactar o núcleo técnico distrital de supervisão e explicar o objetivo do trabalho com vista a obter autorização para a recolha de dados junto das equipas.

Neste distrito existem várias equipas, cada equipa é composta por psicólogos, técnicas superiores de serviço social, fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, técnicas de reabilitação, docentes, pediatras e enfermeiros. As equipas trabalham em parcerias com os centros de saúde, comissão portuguesa de crianças e jovens em risco, segurança social, entre outras.

Para a realização do presente estudo, foi solicitada a autorização ao autor da escala original, Professor Doutor Romain Lanners, para a sua utilização.

Tendo sido concedida a autorização para a recolha dos dados, através da aplicação da Escala de Satisfação da Família, o núcleo técnico distrital de supervisão realizou o contacto com as Coordenadoras dos respetivos concelhos, sendo este procedimento idêntico para todas as Coordenadoras de cada concelho. A escolha das equipas foi efetuada por conveniência, dada a proximidade da investigadora com as mesmas.

A aplicação da escala decorreu durante cerca de 4 meses (entre os meses de novembro de 2014 e fevereiro de 2015) recorrendo-se a uma amostra de 165 sujeitos. Para a constituição da amostra do presente estudo foram entregues 200 escalas às famílias, do distrito de Portalegre com filhos entre os 0 e os 6 anos de idade de ambos os sexos e que apresentem risco biológico, social ou estabelecido, nos quais a Equipa de IP esteja a intervir. Foram devolvidos 171 escala, sendo seis delas eliminadas, por não estarem devidamente preenchidas.

Foi solicitado que em cada equipa se delegasse responsável um técnico pela sua aplicação, que entregasse às famílias e explicasse o objetivo do estudo, referindo que se trata de um trabalho para fins académicos no âmbito da dissertação de mestrado (analisar as práticas de IP e a satisfação das famílias) garantindo-se a confidencialidade e anonimato dos dados dos participantes. Foi explicado aos participantes no estudo que não existiam respostas corretas ou erradas pois o objetivo é o de se obter a resposta mais adequada para a pessoa tendo em conta a sua situação.

A aplicação da escala foi feita no domicílio e/ou nas instalações da instituição, estando a técnica presente para o eventual esclarecimento de dúvidas sendo o mais neutro possível. Sendo as escalas de autorresposta a maioria dos participantes preencheram sozinhos, quando o participante padecia de uma situação de iliteracia realizou-se a aplicação oral, finalizando-se o processo com o agradecimento na colaboração da investigação.

CAPÍTULO V - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O conjunto de informações obtidas foi analisado no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19 para Windows.

Inicialmente os dados foram analisados de acordo com a metodologia descritiva usual (frequências, médias, desvios-padrão, número máximo e número mínimo). O efeito das variáveis independentes nas variáveis dependentes foi analisado pelos testes *t-Student* e *One-Way Anova*, quando cumpriam os seguintes pressupostos (Maroco, 2007): as observações dentro de cada grupo tinham distribuição normal (assumindo-se o Teorema do Limite Central); as observações eram independentes entre si; as variâncias de cada grupo eram iguais entre si, ou seja, havia homocedasticidade.

Destacando-se que em todas as análises, a significância estatística foi aceita para um valor de $p < .05$. Sendo que apenas se apresentará os resultados que demonstraram a existência de diferenças significativas.

Os resultados que em seguida se apresentam e discutem correspondem às análises estatísticas dos dados recolhidos, estruturados de forma a dar resposta aos objetivos que orientam a presente investigação. Porém, previamente a apresentação e discussão das respostas aos objetivos do estudo e, uma vez que foram observados vários indicadores sociodemográficos, iremos apresentar a análise descritiva da amostra. De seguida será feita, a apresentação dos resultados e a sua discussão organizada conforme a sequência dos objetivos específicos anteriormente formulados.

5.1. - Análise Descritiva da Amostra em função de variáveis sociodemográficas

Neste estudo a amostra é constituída por 165 adultos cuidadores (pais, avós, outros) de crianças dos 0 aos 6 anos de idade que necessitam de IP para promoção de saúde, bem-estar, minimizar atrasos no desenvolvimento e cujos cuidadores necessitam de desenvolver competências parentais.

Responderam á escala, 23 sujeitos do sexo masculino (13,9%) e 142 do sexo feminino (86,1%) com idades compreendidas entre os 17 e os 57 anos com uma média de idade de $M = 32$ anos e um desvio padrão de $SD = 7,278$.

Tabela 1:

Estatística descritiva da amostra segundo as Habilitações

	N	%
Analfabetismo	2	1,2
1º ciclo	21	12,7
2º ciclo	32	19,4
3º ciclo	34	20,6
Ensino secundário	45	27,3
Ensino superior	29	17,6
Missing	2	1,2

Verifica-se, através da tabela 1, que a amostra, referente às habilitações dos sujeitos, é constituída por cinco categorias: analfabetismo (não sabe ler nem escrever), 1º ciclo (menos que a 4.ª classe e 4.ª classe), 2º ciclo (6.º anos), 3º ciclo (9.º ano), Ensino secundário (11.º ano e 12.º ano) e ensino superior (Bacharelato, Licenciatura ou Outro). Observa-se na tabela 1, que 2 dos sujeitos são analfabetos (1,2%), 21 têm o 1º ciclo (12,7%), 32 têm o 2º ciclo (19,4%), com o 3º ciclo existem 34 (20,6%), verificam-se 45 com o ensino secundário (27,3%) e 29 o ensino superior (17,6%), obtendo-se no total 163 sujeitos (98,8%) face à presença de 2 *missings*.

Tabela 2:

Estatística descritiva da amostra segundo a Situação Laboral

	N	%
Desempregado	56	33,9
Doméstico	12	7,3
Exerce uma profissão	94	57,0
Reformado	1	0,6
Estudante	1	0,6
Total	164	99,4
Missing	1	0,6

No que diz respeito à situação laboral, segundo a tabela 2, 56 (33,9%) dos participantes encontram-se desempregados, 12 (7,3%) são domésticos, 94 (57%) dos sujeitos exercem uma profissão, 1 está reformado (0,6%) e 1 estudante, com um total de 164 participantes (99,4%) por 1 *missing*.

Tabela 3:

Estatística descritiva da amostra segundo a Condição perante o trabalho

	N	%
Trabalhador por conta de outrem	110	66,7
Trabalhador por conta própria	20	12,1
Trabalhador sem salário num negócio familiar	3	1,8
Total	133	80,6
Não se aplica	19	11,5
Missing	13	7,9

A tabela 3 permite-nos observar que a amostra, no que toca à variável Condição perante o trabalho, é constituída por 110 sujeitos (66,7%) trabalhadores por conta de outrem, 20 trabalhadores (12,1%) por conta própria, 3 participantes (1,8%) sem remuneração estando um negócio familiar, com um total de 133 participantes (80,6%), onde 19 pessoas (11,5%) consideraram que a pergunta não se aplica e 13 *missings* (7,9%).

Tabela 4:

Estatística descritiva da amostra segundo o Ramo de atividade

	N	%
Agricultura	16	9,7
Comércio	44	26,7
Indústria	17	10,3
Escritórios	12	7,3
Administração pública	13	7,9
Construção civil	2	1,2

Transportes	1	0,6
Forças armadas/forças de segurança	1	0,6
Saúde / Social	17	10,3
Educação	6	3,6
Serviços	4	2,4
Total	133	80,6
Não se aplica	16	9,7
Missing	16	9,7

Com a apreciação da tabela 4 é possível verificar que a amostra, no que diz respeito ao Ramo de Atividade, é constituída por 16 participantes (9,7%) que trabalham na área de agricultura, 44 (26,7%) no Comércio, 17 na Indústria (10,3%), 12 pessoas (7,3%) em Escritórios, 13 (7,9%) na Administração Pública, 2 indivíduos (1,2%) na Construção Civil, 1 (0,6%) em Transportes, outra nas Forças Armadas/ou de segurança, 17 sujeitos (10,3%) em contexto de Saúde ou Social, 6 (3,6%) em Educação e 4 em Serviços (2,4%), verificando-se assim um total de 133 participantes (80,6%), acrescentando-se 16 pessoas (9,7%) na opção não se aplica e 16 *missings* (9,7%).

Tabela 5:

Estatística descritiva da amostra segundo o Grau de Parentesco face à criança apoiada

	N	%
Pai	18	10,9
Mãe	124	75,2
Avô	1	,6
Avó	2	1,2
Outro	6	3,6
Total	151	91,5
Missing	14	8,5

A variável sociodemográfica seguinte refere-se ao Grau de Parentesco face à criança apoiada, onde a maior parte da amostra são Mães com 124 pessoas (75,2%),

de seguida 18 pais (10,9%), 1 Avô (0,6%), 2 Avós (1,2%) e 6 Outros (3,6%), dando um total de 151 participantes (91,5%) acrescentando as 14 não respostas (8,5%) (tabela 5).

Tabela 6:

Estatística descritiva da amostra segundo o Tipo de família

	N	%
Família Nuclear	124	75,2
Família reconstituída	15	9,1
Família monoparental	11	6,7
Total	150	90,9
Missing	15	9,1

A análise da tabela 6 permite-nos verificar que relativamente ao Tipo de família verifica-se que na nossa amostra pertencem ao tipo de família nuclear 124 participantes (75,2%) casados ou em união de fato, 15 (9,1%) em família reconstituída e por último 11 (6,7%) em família monoparental, contabilizando-se um total de 150 participantes (90,9%) e 15 *missings* (9,1%).

5.1.2. - Caraterização da criança apoiada pela equipa de intervenção precoce

De acordo com os dados recolhidos foram apoiadas, pela equipa de Intervenção Precoce 162 crianças de ambos os sexos, das quais 95 (57,6%) são do sexo masculino e 67 (40,6%) do sexo feminino com idades compreendidas entre os 0 e 6 anos de idade tendo sido verificado 3 *missings* (1,8%).

Tabela 7:

Estatística descritiva da amostra segundo o Número de Irmãos

	N	%
0	57	34,5
1	68	41,2

2	24	14,5
3	8	4,8
4	4	2,4
5	3	1,8
Total	164	99,4
Missing	1	0,6

Relativamente às crianças apoiadas (tabela 7), as mesmas têm entre 0 a 5 irmãos, correspondendo-lhe uma média de $M = 1$ irmão. Sendo que a maioria das crianças tem 1 irmão (68 participantes, 41,2%), de seguida nenhum irmão (57 participantes, 34,5%) e depois 2 irmãos (24 pessoas, 14,5%). Nesta variável existe 1 *missing* (0,6%).

Tabela 8:

Estatística descritiva da amostra segundo a Posição face aos irmãos

	N	%
Primeira	32	19,4
Segunda	53	32,1
Terceira	12	7,3
Quarta	9	5,5
Quinta	4	2,4
Total	110	66,7
Não se aplica	55	33,3

Na tabela 8 observa-se que a amostra, no que toca à variável posição face aos irmãos, relativamente à idade, 32 das crianças (19,4%) são o primeiro filho e 53 (32,1%) ao segundo, sendo estes os valores superiores. De seguida, 12 (7,3%) são o terceiro filho, 9 (5,5%) são os quartos e 4 os quintos (2,4%); com um total de 110 participantes (66,7%), acrescem as 55 pessoas (33,3%).

Tabela 9:

Estatística descritiva da amostra segundo as Principais Dificuldades da Criança

	N	%
Não tem dificuldades	14	8,5
Atraso no desenvolvimento global	61	37,0
Dificuldades motoras	6	3,6
Dificuldades visuais	1	0,6
Dificuldades auditivas	5	3,0
Dificuldades na linguagem	56	33,9
Dificuldades múltiplas	6	3,6
Dificuldades cognitivas	4	2,4
Dificuldades parentais	1	0,6
Dificuldades sociais	1	0,6
Dificuldades comportamentais	1	0,6
Dificuldades motoras e de linguagem	2	1,2
Dificuldades auditivas e de linguagem	4	2,4
Total	162	98,2
Missing	3	1,8

Com a apreciação da tabela 9 é possível verificar que a amostra, no que diz respeito às Principais Dificuldades da Criança, os inquiridos assinalaram as seguintes dificuldades com maior frequência: atraso no desenvolvimento global (61 crianças – 37%, sendo que 35 são meninos e 26 meninas) e dificuldades na linguagem (56 – 33,9%, dividindo-se entre 36 meninos e 20 meninas). Seguem-se então as dificuldades motoras (6 – 3,6%, sendo 5 meninos e 1 menina), dificuldades visuais (1 – 0,6%, sendo apenas 1 menina), auditivas (5 – 3%, 2 meninos e 3 meninas), dificuldades múltiplas (6 – 3,6%, sendo 3 meninos e 3 meninas), cognitivas (4 – 2,4%, sendo 4 meninas), parentais (1 – 0,6%, 1 menina), sociais (1 – 0,6%, 1 menina), comportamentais (1 – 0,6%, 1 menino), motoras e de linguagem (2 – 1,2%, 1 menina e 1 menino), auditivas e de linguagem (4 – 2,4%, 3 meninos e 1 menina). Ainda se acresce as crianças identificadas como não tendo dificuldades (14 crianças – 8,5%, sendo 8 meninos e 6 meninas). Verifica-se assim um total de 162 participantes (98,2%), acrescentando-se 3 *missings* (1,8%).

Quanto ao diagnóstico, dados observados na tabela em anexo (Anexo 5), a grande maioria dos participantes não respondeu (143 *missings* – 86,7%), pois contabilizou-se um total de 22 respostas (13,3%) destacando-se os seguintes diagnósticos: Síndrome de Down, Perturbação de Espectro de Autismo, Surdez ou Dificuldades Auditivas.

Tabela 10:

Estatística descritiva da amostra segundo o Tempo de Intervenção da Intervenção Precoce

N	151
Missing	14
Mínimo	0,2
Máximo	6,0

A tabela 10 refere-se ao tempo de intervenção da IP, variando dos 2 meses a 6 anos, com 151 participantes (91,5%) 14 *missings* (8,5%).

Tabela 11:

Estatística descritiva da amostra segundo a Frequência de Contactos com a equipa de Intervenção Precoce

	N	%
Mais de 2 vezes por semana	35	21,2
2 vezes por semana	48	29,1
1 vez por semana	68	41,2
1 vez de duas em duas semanas	3	1,8
1 vez por mês	5	3,0
Menos de 1 vez por mês	3	1,8
Total	162	98,2
Missing	3	1,8

Na tabela 11, é visível a resposta dos participantes face à frequência de contactos da IP, onde predomina a opção 1 vez por semana (68 indivíduos com 41,2%), 2 vezes por semana (48 sujeitos com 29,1%) e depois mais que 2 vezes por semana (35 pessoas com 21,2%). No total assinalam-se 162 respostas (98,2%), somando-se 3 *missings* (1,8%).

Tabela 12:

Estatística descritiva da amostra segundo o Local de Intervenção da Intervenção Precoce

	N	%
Sempre em sua casa	5	3,0
Quase sempre em casa e algumas vezes na creche/JI ou sede IP	8	4,8
Quase sempre na sede IP ou creche/JI e algumas na sua casa	23	13,9
Sempre na creche/JI ou sede da Intervenção Precoce	122	73,9
Alternando em casa e na creche/JI ou sede IP	2	1,2
Total	160	97,0
Missing	5	3,0

Por último, perante o local onde ocorre a atuação da IP, tabela 12, evidencia-se que a maioria dos participantes reportam que a intervenção da equipa é sempre na Creche/JI ou Sede da IP (122 indivíduos com 73,9%) e segue-se quase sempre na sede IP ou creche/JI e algumas na sua casa com 23 sujeitos (13,9%). Na totalidade obtiveram-se 160 respostas (97%), acrescentando-se 5 *missings* (3%).

Em síntese, participaram neste estudo, respondendo à Escala Europeia de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce 165 cuidadores (124 mães, 18 pais, 1 avô, 2 avós e 6 outros), 23 do sexo masculino e 142 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 17 e os 57 anos, perfazendo uma média de 32 anos de idade. Desses cuidadores 132 têm o ensino obrigatório e 94 exercem uma profissão, sendo que 110 trabalham por conta de outrem, maioritariamente na área do comércio. Em termos de caracterização das crianças acompanhadas, 57,6% é constituída por meninos e 40,6% por meninas que nasceram entre o ano de 2009 e Dezembro de

2013, e apresentam entre 0 e 5 irmãos, correspondendo a uma média de 1 irmão, sendo que 32 das crianças são o primeiro filho. Na maioria dos casos as crianças apresentam Atraso no desenvolvimento global (37%) e dificuldades na linguagem (33,9%). Os diagnósticos remetem para Síndrome de Down, Perturbação do Espectro do Autismo, Surdez e Dificuldades Auditivas.

Após a apresentação dos resultados de caracterização da amostra, serão de seguida apresentados os resultados correspondentes às análises estatísticas dos dados recolhidos. A sua exposição encontra-se organizada conforme a sequência dos objetivos anteriormente formulados e que é a seguinte: (1) Analisar as qualidades psicométricas da escala na amostra em estudo; (2) Analisar quais os domínios em que as famílias referem maior e menor satisfação com a qualidade da intervenção recebida; (3) Analisar o/os domínios que mais contribuem para a satisfação global das famílias (4) Analisar as diferenças nos resultados da satisfação com a qualidade da intervenção em função das seguintes variáveis sociodemográficas: género, escolaridade da mãe/pai, nível socioeconómico, local onde ocorre normalmente a intervenção e frequência das sessões.

5.2. –Análise das qualidades psicométricas da escala na amostra em estudo

Analisar as qualidades psicométricas da escala é o primeiro objetivo do estudo, justificado pelo fato do instrumento utilizado já ter sido construído há doze anos.

Assim, quanto á escala de Satisfação da Família, contabilizaram-se 165 questionários. A maioria das respostas ocupa a pontuação de 3 e 4, sendo variável, e a minoria de respostas centram-se na maior pontuação possível de 1, que indica menor satisfação.

5.2.1 – Análise dos Itens

Tabela 13:

Análise descritiva das dimensões da Escala de Satisfação

Dimensões	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP	Assimetria	Curtose
------------------	---------------	---------------	----------------	--------------	-----------	-------------------	----------------

Apoio aos Pais	2	4	3,27	3,26	,405	,000	-,736
Apoio à Criança	3	4	3,45	3,48	,421	-,129	-1,425
Ambiente Social	2	4	3,67	3,57	,438	-,617	-,456
Relação entre Pais e Profissionais	2	4	3,83	3,68	,387	-1,195	,648
Modelo de Apoio	2	4	3,60	3,54	,317	-,748	,238
Direito dos Pais	2	4	4	3,68	,422	-1,067	,262
Localização e Ligações do Serviço	1	4	3	3,28	,476	-,046	-,254
Estrutura e Administração do Serviço	2	4	3,22	3,29	,372	,356	-,639
Índice Satisfação	2	4	3,48	3,44	,304	-,223	-1,000

De acordo com o primeiro objetivo reportado à análise das qualidades psicométricas da escala utilizado na amostra em estudo. A amostra referente á escala de Satisfação (variável Índice de Satisfação) é constituída por 165 sujeitos, variando as pontuações entre 1 e 4. O que se refere às dimensões, são constituídas pelos seguintes valores Apoio aos Pais uma média de respostas $M = 3,26$, Apoio à Criança $M = 3,48$, Ambiente Social conta com uma $M = 3,57$, Relação entre Pais e Profissionais $M = 3,68$, Modelo de Apoio com um valor médio de $M = 3,54$, Direito dos Pais $M = 3,68$, Localização e Ligações do Serviço $M = 3,28$, e por último Estrutura e

Administração do Serviço conta $M = 3,29$. O índice total, com as dimensões todas, apresenta uma média de $M = 3,44$. A compilação da informação relatada encontra-se na tabela 13.

5.2.2 – Validade de Constructo

Tabela 14:

Pesos fatoriais de cada item no fator retido, *eigenvalues* e % da variância explicada, após uma AFE com extração de fatores pela ACP

Item	Fator Nível Global de Satisfação	Comunalidade
Apoio aos Pais	0,677	0,459
Apoio à Criança	0,855	0,732
Ambiente Social	0,724	0,525
Relação entre Pais e Profissionais	0,773	0,598
Modelo de Apoio	0,882	0,777
Direito dos Pais	0,806	0,650
Localização e Ligações do Serviço	0,688	0,474
Estrutura e Administração do Serviço	0,704	0,496
Eigenvalue	4,710	
Variância Explicada	58,875%	

A estrutura relacional do Nível de Satisfação foi avaliada pela Análise Fatorial Exploratória (AFE) sobre a matriz das correlações, com extração dos fatores pelo método das componentes principais (ACP), seguida de uma rotação Varimax. Os fatores comuns retidos foram aqueles que apresentavam um *eigenvalue* superior a 1, em consonância com o *Scree Plot* e a percentagem, de variância retida. Para avaliar a validade da AFE utilizou-se o critério KMO, tendo-se observado um $KMO = 0,00$, que corresponde a uma correlação significativa entre as 8 variáveis, procedeu-se à AFE, apesar da fatoriabilidade da matriz de correlações ser apenas sofrível. De acordo com a regra do *eigenvalue* e com o *Scree Plot*, a estrutura relacional do nível de satisfação

é explicado apenas por 1 fator latente, pois os pesos fatoriais mais elevados explicam cerca de 59% da variância total, o que significa que as dimensões que compõem o presente Nível Global de Satisfação (itens de toda a escala de satisfação utilizado) na nossa amostra representam em plenitude o nível de satisfação, não se exclui assim nenhum fator / dimensão.

5.2.3 – Consistência Interna

Tabela 15:

Análise da consistência interna com valores Alpha de Cronbach da Escala

Escalas	Correlação Item-Total	Alpha se o item for eliminado	Alpha de Cronbach
Satisfação	1	0,958	0,96
Apoio aos Pais	0,59	0,887	0,875
Apoio à Criança	0,79	0,868	0,937
Ambiente Social	0,59	0,884	0,716
Relação entre Pais e Profissionais	0,7	0,879	0,808
Modelo de Apoio	0,82	0,870	0,854
Direito dos Pais	0,73	0,875	0,827
Localização e Ligações do Serviço	0,61	0,889	0,74
Estrutura e Administração do Serviço	0,62	0,885	0,89

A consistência interna do instrumento foi medida através do Coeficiente de Alfa (Alpha de Cronbach). Assim o coeficiente de fidelidade da escala total de 66 itens, apresenta o seguinte valor α 0,96, sendo revelador de uma excelente consistência interna dos itens. Para cada dimensão cujo inventário se decompõe, os valores dos coeficientes de fidelidade e respectivas classificações são os seguintes: Apoio aos Pais α 0,875 (bom), Apoio à Criança α 0,937 (excelente), Ambiente Social α 0,716 (aceitável), Relação entre Pais e Profissionais α 0,808 (bom), Modelo de Apoio α 0,854 (bom), Direito dos Pais α 0,827 (bom), Localização e Ligações do Serviço α 0,74

(aceitável), Estrutura e Administração do Serviço α 0,89 (bom). A análise da consistência interna relatada encontra-se exposta na tabela 15.

5.3. – Análise dos domínios em que as famílias referem maior e menor satisfação com a qualidade da intervenção recebida.

O segundo objetivo colocado neste estudo foi o de analisar quais os domínios em que as famílias referem maior e menor satisfação com a qualidade da intervenção recebida. Numa primeira fase tentou-se perceber a variabilidade da média das diversas dimensões que constituem o nível de satisfação.

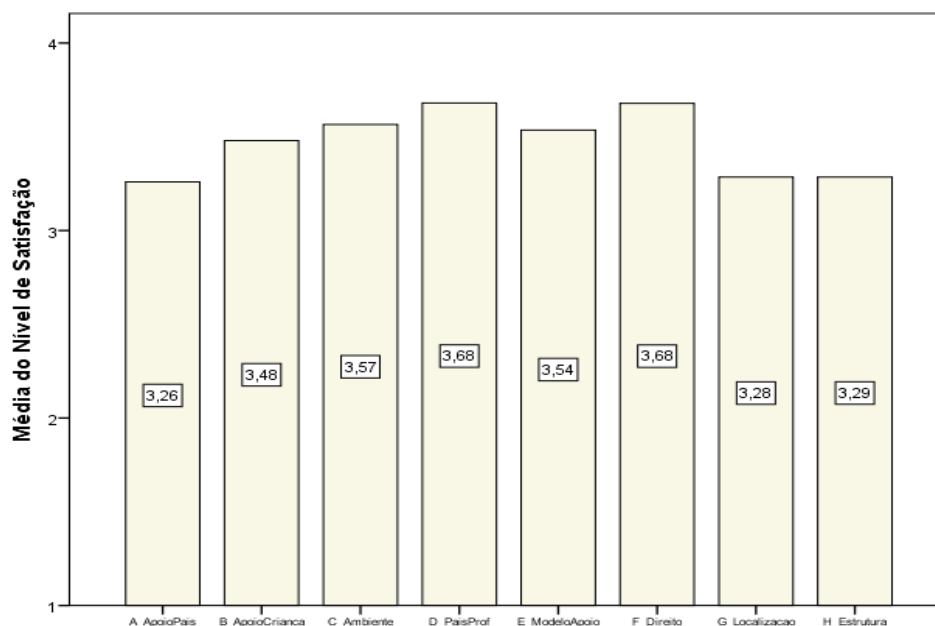


Figura 2. Distribuição média nível de satisfação nas diversas subescalas (Apoio Pais, Apoio Crianças, Ambiente, Pais e profissionais, Direitos, Localização e Estrutura)

Tendo em conta que 1 na escala utilizada corresponde a “Muito mau” ou “Muito mal” e o outro extremo 4 equivale ao oposto “Muito boa” e “Muito bem”, verifica-se na figura 2 que em nenhuma categoria se verifica insatisfação. No entanto é nas dimensões D (Relação entre Pais e Profissionais – M= 3,68) e F (Direito dos Pais – M= 3,68) que os inquiridos estão mais satisfeitos, pois o valor médio aproxima-se mais do extremo positivo da escala. Em terceiro lugar destaca-se a categoria C (Ambiente

Social – M= 3,57). Pelo contrário as categorias onde há menor satisfação (mesmo dentro de uma classificação alta) são A (Apoio aos pais – M= 3,26) e G (Localização e ligações do serviço – M= 3,28).

Estes resultados são congruentes com a investigação, Turnbull et al. (2000 cit. in Wang et al., 2006) dado que atualmente a IP se centra no princípio da prática centrada na família, sendo que a Relação entre Pais e Profissionais será beneficiada. Segundo Turnbull et al. (2000 cit. in Wang et al., 2006), as crianças serão melhor acompanhadas se as suas famílias estiverem mais envolvidas, em conjunto com os profissionais. Também os Direitos dos Pais são um fator que é tido em conta atualmente, já que sabemos existir um apoio à família nas tomadas de decisão, funcionando esta e os profissionais em parceria.

5.4. –Análise da Satisfação global das famílias edo/os domínios que mais contribuem para a mesma.

O terceiro objetivo colocado neste estudo foi o de analisar o/os domínios que mais contribuem para a satisfação global das famílias. Para verificar este dado, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla, com o intuito de avaliar quais as dimensões que mais ou menos contribuem para o nível de satisfação global.

Tabela 16:

As condicionantes do Nível de Satisfação

Variáveis independentes	Nível de satisfação Beta
A. Apoio aos Pais	0,308
B. Apoio à Criança	0,235
C. Ambiente Social	0,067
D. Relação entre Pais e Profissionais	0,118
E. Modelo de Apoio	0,241
F. Direito dos Pais	0,064
G. Localização e Ligações do Serviço	0,072
H. Estrutura e Administração do Serviço	0,170
R²adj.	1,000

Segundo a tabela 16, é possível verificar que a variação do nível de satisfação é explicada pelo modelo de 100% ($R^2 = 1$). Das categorias que constituem a escala verifica-se que as dimensões que mais explicam o Nível de Satisfação são “Apoio aos Pais” ($\beta = 0,308$), “Modelo de Apoio” ($\beta = 0,241$), “Apoio à Criança” ($\beta = 0,235$) e “Estrutura e Administração do Serviço” ($\beta = 0,170$). Crê-se então que as famílias consideram que são os domínios relacionados com o apoio direto ou condições que mais contribuem para a sua satisfação com a qualidade da intervenção recebida. Pelo contrário são os domínios seguintes que menos contribuem para a satisfação global das famílias: “Direito dos Pais” ($\beta = 0,064$), “Ambiente Social” ($\beta = 0,067$), “Localização e Ligações de Serviço” ($\beta = 0,072$) e “Relação entre Pais e Profissionais” ($\beta = 0,118$).

Tal como indicado anteriormente os domínios relacionados com o apoio direto ou condições são aqueles que mais contribuem para a satisfação das famílias com a qualidade da intervenção recebida, sendo que na literatura (Ware et al., 1983 cit. in Sitzia e Wood, 1997) podemos verificar que as componentes relacionadas com a qualidade técnica, a acessibilidade, a eficácia/resultados dos serviços, ambiente físico e disponibilidade são aquelas que são mais importantes para a satisfação.

5.5. - Análise de diferenças nos resultados da satisfação com a qualidade da intervenção em função de variáveis sociodemográficas.

O quarto objetivo colocado neste estudo foi o de analisar as diferenças nos resultados da satisfação com a qualidade da intervenção em função das seguintes variáveis sociodemográficas: género, habilitações da mãe/pai, condição laboral, local da intervenção e frequência das sessões.

Quanto às relações entre a escala de Satisfação e as variáveis sociodemográficas também foram consideradas, utilizando-se os seguintes testes: *t-Student* e *One-Way Anova*. Tendo por base as características das variáveis assim como a verificação dos pressupostos subjacentes a cada teste, que permitiram então decidir por testes paramétricos. As variáveis independentes analisadas foram: género, habilitações da mãe/pai, condição laboral, local da intervenção e frequência das sessões. Acrescenta-se o fato de se terem construído diversos índices – variáveis compósitas para cada dimensão (A- Apoio aos Pais, B- Apoio à Criança, C- Ambiente Social, D- Relação entre Pais e Profissionais, E- Modelo de Apoio, F- Direito dos Pais, G- Localização e Ligações do Serviço e H- Estrutura e Administração do Serviço),

constituída com os itens correspondentes a cada dimensão, e um índice total com todos os itens da escala que representa o nível global de satisfação.

5.5.1 – Análise da Satisfação com a Qualidade de Intervenção em Função do Género

Tabela 17:

Valores médios e desvio-padrão do índice de Satisfação na variável Sexo (sexo masculino versus feminino)

Sexo	N	Média	DP	Erro-padrão da média
Masculino	23	3,37	,327	,068
Feminino	141	3,45	,298	,025

A significância da diferença de médias entre Nível global de satisfação (nota total dos valores de todos os itens da escala) com Sexo, masculino versus feminino foi avaliada com o teste *t-Student* para amostras independentes. Tanto os respondentes do sexo masculino (M = 3,37) como do feminino (M = 3,45) situam a sua satisfação entre o Muito Bom e Bom (tabela 17). De acordo com o teste *t-Student* as diferenças observadas entre a variável Nível de Satisfação nos dois grupos não são estatisticamente significativas [$t(162) = 0.171, p = 0,680$].

Estes resultados indicam que o nível de satisfação não varia consoante o sexo dos respondentes, sendo que esta variável não interfere com os resultados.

5.5.2 – Análise da Satisfação com a Qualidade de Intervenção em Função das Habilitações

Com o objetivo de avaliar se as Habilitações (variável Habilitações por classes: Analfabetismo, 1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo, Ensino Secundário e Ensino Superior) influenciam significativamente a perceção da satisfação com a qualidade da intervenção da equipa de IP (variável índice do nível global de satisfação – itens de todo a escala) valeu-se do teste *One-Way Anova*.

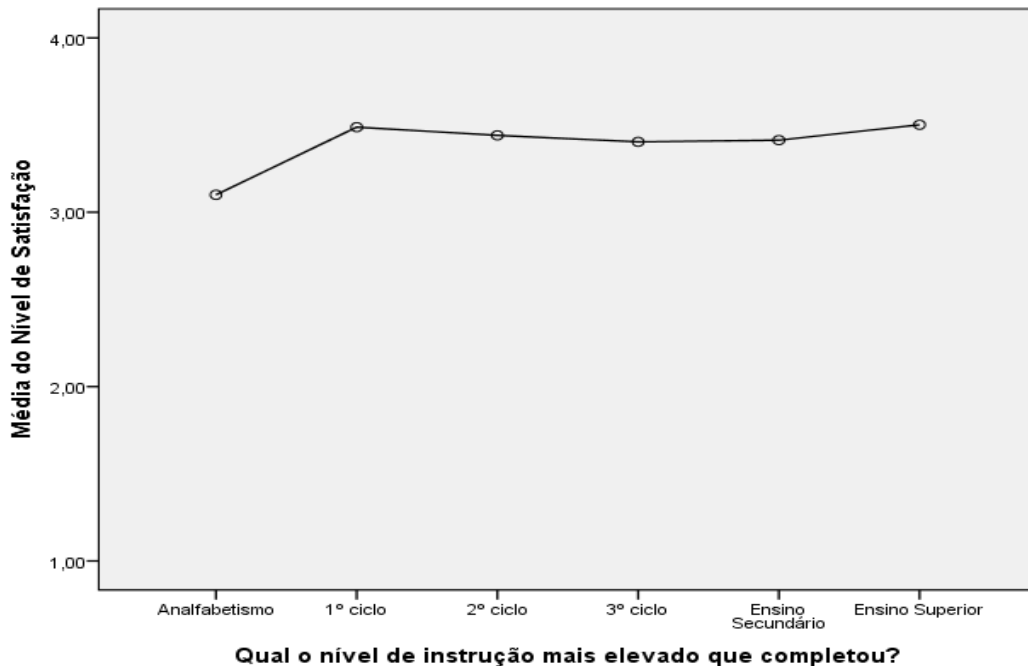


Figura 3. Distribuição média nível global de satisfação segundo as Habilitações (Analfabetismo, 1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo, Ensino secundário, Ensino obrigatório e Ensino Superior)

Verificou-se então que as habilitações não têm um efeito estatisticamente significativo sobre a satisfação com a equipa [$F(6, 158) = 0,853$; $p = 0,531$], seguido da comparação múltipla das médias das ordens para se analisar em qual ou quais dos grupos a satisfação é diferente mesmo que não significativamente (figura 3).

5.5.3 – Análise da Satisfação com a Qualidade de Intervenção em Função da Condição Laboral

Para avaliar se a variável Nível global de satisfação (variável índice com todos os itens da escala) é influenciado significativamente pela condição laboral (desempregado, doméstico, exerce uma profissão, reformada, estudante ou cumpre serviço militar) invocou-se o teste *One-Way Anova*, seguido da comparação múltipla das médias das ordens.

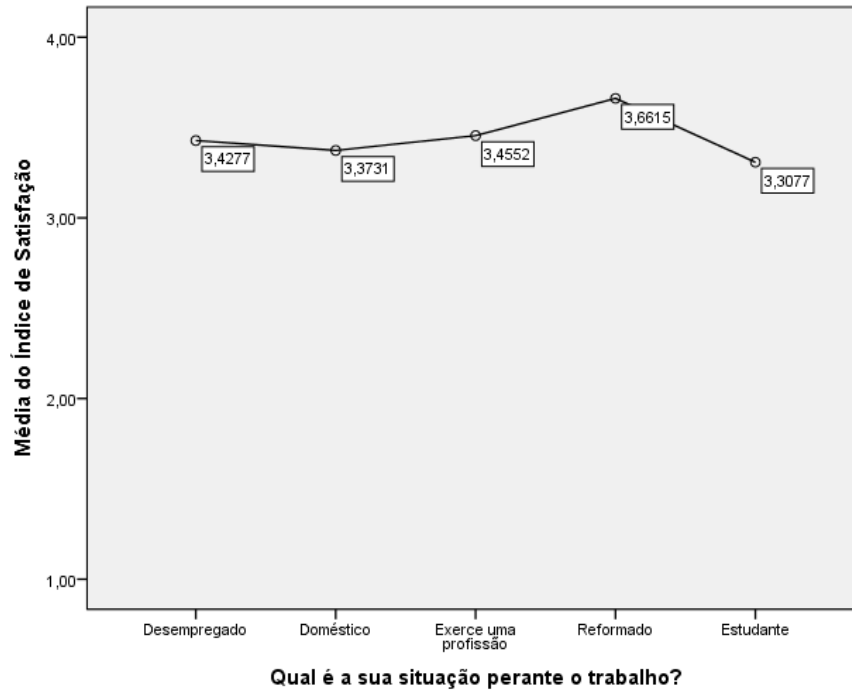


Figura 4. Distribuição média nível global de satisfação segundo a Condição Laboral (desempregado, doméstico, exerce uma profissão, reformada, estudante ou cumpre serviço militar)

A condição laboral não teve um efeito estatisticamente significativo sobre o nível global de satisfação [$F(4, 159) = 0,405$; $p = 0,805$], seguido da comparação múltipla das médias das ordens para se analisar em qual ou quais dos grupos a satisfação é diferente mesmo que não significativamente (figura 4). Destaca-se então que os inquiridos reformados referem maior satisfação com a intervenção da equipa de IP da sua área de residência, com um valor médio correspondente próximo de 1 ($M = 3,66$); pelo contrário, como menos satisfeitos, mas dentro da classificação 3 e 4. Contrariamente os menos satisfeitos são os estudantes, com um valor médio $M = 3,31$.

Os resultados indicam que a variável condição laboral não apresenta resultados estatisticamente significativos, no entanto os reformados são os mais satisfeitos.

5.5.4 – Análise das Diferenças de Satisfação com a Intervenção em Função do Local Onde Ocorre Normalmente a Intervenção

De seguida, com base no objetivo da análise da possível influência da satisfação da intervenção em função do local onde habitualmente a equipa de IP atua, evocou-se o teste *One-Way Anova*, de forma a avaliar se local de intervenção (Sempre em sua casa, Quase sempre na sua casa e algumas vezes na creche/JI ou sede IP, Quase sempre na creche/JI ou sede IP e algumas vezes em casa, Sempre na creche/JI ou IP, Alternando em casa, creche/JI ou IP) influencia significativamente o nível global de satisfação, seguido da comparação múltipla das médias das ordens para se identificar em qual ou quais dos grupos a incidência de depressão é significativamente diferente (figura 5).

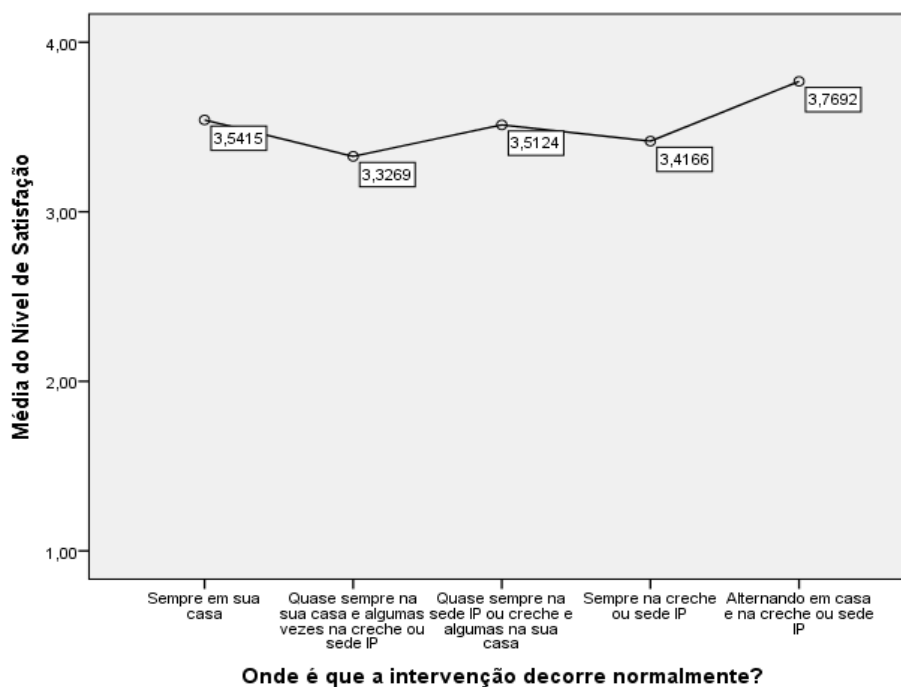


Figura 5. Distribuição média nível global de satisfação segundo o Local de Intervenção (Sempre em sua casa, Quase sempre na sua casa e algumas vezes na creche/JI ou sede IP, Quase sempre na creche/JI ou sede IP e algumas vezes em casa, Sempre na creche/JI ou IP, Alternando em casa, creche/JI ou IP)

Verificou-se então que o local de intervenção não teve um efeito estatisticamente significativo sobre o nível global de satisfação [$F(4, 155) = 1,55$; $p =$

0,189]. De acordo com a comparação múltipla de média das ordens, observa-se que os respondentes mais satisfeitos com a intervenção da IP são aqueles em que a equipa de IP vai alternando o local de intervenção entre casa, creche/IP e sede da IP (M= 3,77), contrariamente são os que têm intervenção quase sempre em casa e algumas vezes na creche/IP ou sede IP que obtêm valores médios ligeiramente mais baixos (M= 3,33).

5.5.5 – Análise das Diferenças de Satisfação com a Intervenção em Função da Frequência das Sessões.

Por último, na análise do último objetivo reportado à eventual influência da frequência das sessões disponibilizadas pela equipa de IP (Mais de 2 vezes por semana, 2 vezes por semana, 1 vez por semana, 1 vez de duas em duas semanas, 1 vez por mês, Menos de 1 vez por mês) no nível global de satisfação (variável índice com todos os itens da escala), utilizou-se o teste paramétrico *One-Way Anova* para avaliação da existência da diferença significativa entre as variáveis supracitadas.

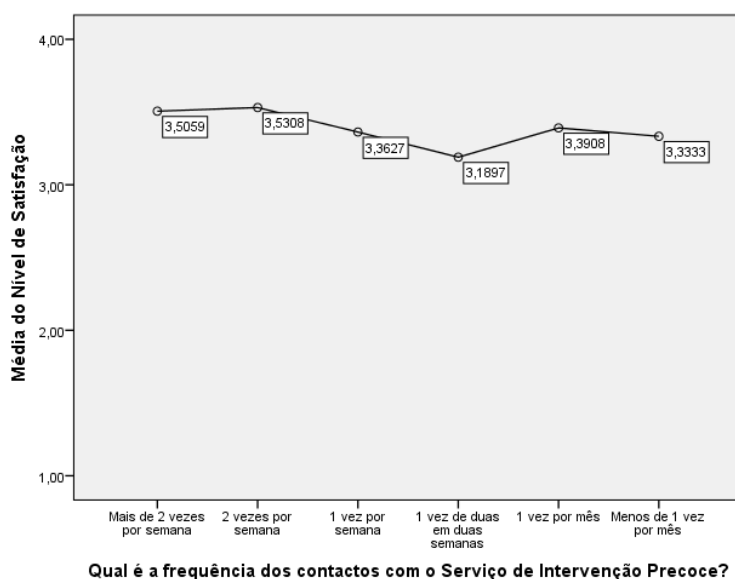


Figura 6. Distribuição média nível global de satisfação segundo a Frequência das Sessões (Mais de 2 vezes por semana, 2 vezes por semana, 1 vez por semana, 1 vez de duas em duas semanas, 1 vez por mês, Menos de 1 vez por mês)

Conclui-se então que a frequência de sessões tem um efeito estatisticamente significativo sobre o nível global de satisfação [$F(5, 156) = 2,71; p = 0,022$]. De acordo com a comparação múltipla de média das ordens, os sujeitos que identificam que a intervenção da equipa é semanal ou bissemanal diferenciam-se das restantes respostas, sendo as categorias onde ocorre maiores níveis de satisfação, sendo esta diferença estatística significativa (figura 6).

Na prática do trabalho das equipas de IP ressalta-se que as famílias apresentam sempre maior satisfação quando os apoios são frequentes, ou seja, quando são pelo menos semanais, dado que se sentem mais seguros e acompanhados.

CONCLUSÃO

Em Portugal, a IP começou a dar os primeiros passos na década de 80, com a implementação de vários projetos no âmbito da IP, enquadrados no final dos anos noventa, com o primeiro normativo legal (Despacho Conjunto nº 891/99), que permitiu a criação de dinâmicas interserviços e de respostas articuladas às crianças dos 0 aos 6 anos. Verificou-se também que as equipas de IP realizam um trabalho que compreende: a informação, a orientação, o apoio e a formação junto das famílias, o que as ajuda a compreender e agir mais adequadamente com as suas crianças.

A IPI assume um papel fundamental na possibilidade de alterar o rumo do desenvolvimento da criança, reconhecendo a importância primordial da família e do contexto onde ela se insere. A importância de uma intervenção centrada na família, em vez de uma intervenção centrada na criança, onde a família deverá participar ativamente em todo o processo, contribuí também para a intervenção junto da criança. Relativamente às equipas de IP estas deverão ser transdisciplinares e deverão realizar um trabalho junto da família, já que esta constitui um elemento fundamental no apoio que é prestado à criança.

Segundo Cruz et al. (2003) a satisfação das famílias cria um notável indicador do trabalho desenvolvido pelos serviços de IP, uma vez que permite reconhecer pontos fortes e fracos do apoio prestado à família, ferramentas essenciais para técnicos e responsáveis de qualquer serviço de IP.

Os resultados do estudo foram obtidos através da escala traduzida como escala de satisfação da família da versão original em Francês (Echelle Europeéne de la Satisfaction des Parents par rapport à l'intervention precoce de Leanners e Mombaerts (2000)) para Português por Cruz, Fontes e Carvalho (2003). No que diz respeito aos resultados dos estudos de Fidelidade da escala de satisfação para a escala total de 66 itens, apresenta um valor α 0,96 o que significa que dada a fiabilidade do instrumento de avaliação utilizado no presente estudo, fica também revelada a sua eficácia na análise da satisfação das pessoas com a intervenção de IP.

Participaram no estudo cuidadores de crianças com idades entre os 0 e 6 anos de idade, sujeitos de ambos os sexos, 13,9% do sexo masculino e 86,1% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 17 e os 57 anos, com uma média de 32 anos de idade. Desses cuidadores 80% têm o ensino obrigatório e 57% exercem uma profissão, sendo que 66,7% trabalham por conta de outrem e, maioria na área do comércio. Os cuidadores são maioritariamente mães, correspondendo a 75,2%,

seguido de 10,9% pais, 0,6% avô, 1,2% avós e 3,6% outros. Quanto ao seu estado civil, 75,2% dos cuidadores são casados ou vivem em união de facto.

No que se refere a de caracterização das crianças acompanhadas, o grupo é constituída por 57,6% de meninos e por 40,6% de meninas com idades entre os 0 e os 6 anos. Apresentam entre 0 e 5 irmãos, correspondendo a uma média de 1 irmão, sendo 19,4% das crianças o primeiro filho. Na maioria dos casos as crianças apresentam Atraso no desenvolvimento global (37%) e dificuldades na linguagem (33,9%). Os poucos diagnósticos referidos remetem para Síndrome de Down, Perturbação do Espectro do Autismo, Surdez e Dificuldades Auditivas.

Ao nível da caracterização do apoio da IP, os resultados indicaram que o tempo de intervenção varia entre os 2 meses e os 6 anos, predominando a intervenção semanal (1X) em 41,2% casos. A maioria dos participantes reporta que a intervenção da equipa é sempre na Creche/Jardim de Infância ou na Sede da IP (73,9% indivíduos).

Relativamente às dimensões da satisfação avaliadas na mesma escala, obtiveram-se os seguintes resultados: Apoio aos Pais ($M = 3,26$), Apoio à Criança ($M = 3,48$), Ambiente Social ($M = 3,57$), Relação entre Pais e Profissionais ($M = 3,68$), Modelo de Apoio ($M = 3,54$), Direitos dos Pais ($M = 3,68$), Localização e Ligações do Serviço ($M = 3,28$), Estrutura e Administração do Serviço ($M = 3,44$ ou $3,29$). O índice total, com todas as dimensões incluídas, apresenta uma média de $M = 3,44$. Estes resultados indicam que as famílias apoiadas pela IP apresentam um nível de satisfação acima da média em todos os itens avaliados, sendo que nas dimensões Relação entre Pais e Profissionais e Direitos dos Pais é onde os inquiridos se encontram mais satisfeitos. As dimensões onde há menor satisfação, apesar de os resultados se encontrarem dentro de uma classificação alta, são: o Apoio aos Pais e a Localização e Ligações ao Serviço. Em termos de dimensões que mais explicam o Nível de Satisfação dos inquiridos sobressaem o Apoio aos Pais ($\beta = 0,308$), o Modelo de Apoio ($\beta = 0,241$), o Apoio à Criança ($\beta = 0,235$) e a Estrutura e Administração do Serviço ($\beta = 0,170$), ou seja, os inquiridos consideram que são os domínios relacionados com o apoio direto ou as condições, que mais contribuem para a sua satisfação com a qualidade da intervenção recebida. Os domínios que menos contribuem para o seu nível de satisfação global são: o Direito dos Pais, o Ambiente Social, a Localização e Ligações de Serviço e a Relação entre Pais e Profissionais.

Relativamente ao nível de satisfação na variável Sexo, Habilitações e Condição Laboral os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente

significativas. Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas observa-se que os inquiridos mais satisfeitos são aqueles que apresentam a habilitação de Ensino Superior e a condição laboral de Reformado. No que concerne ao Local de Intervenção também esta dimensão não apresentou um efeito estatisticamente significativo sobre o nível global de satisfação dos inquiridos. Por último, relativamente à frequência das sessões esta dimensão apresentou um efeito estatisticamente significativo sobre o nível global de satisfação dos inquiridos, estando estes mais satisfeitos quando a intervenção da equipa é semanal ($M = 3,36$), bissemanal ($M = 3,53$) ou mais do que bissemanal ($M = 3,51$).

Neste sentido, a principal conclusão retirada desta investigação é que a proximidade da equipa de IP aumenta a satisfação das pessoas, por outras palavras, quanto maior a frequência de contactos da IP maior a satisfação dos cuidadores.

Diante dos resultados consideramos que, estes devem ter implicações na prática, no que diz respeito a orientações para os profissionais e para a própria estrutura do SNIPI relativamente a satisfação das famílias acompanhadas por equipas de IP.

Em suma, de uma forma geral os resultados obtidos a partir do presente estudo poderão ter alguma importância para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas Equipas de IP, na medida em que possibilitaram a identificação do grau de satisfação das famílias nas diferentes dimensões relacionadas com a intervenção. Pois, foi possível observar que o nível de satisfação global dos inquiridos se encontra acima da média em todas as dimensões avaliadas. Ainda assim, será desejável realizar alguns ajustes nas equipas, tendo em conta que alguns resultados poderão ser melhorados.

É importante que as equipas realizem uma autoanálise constante suportada pelas estruturas organizacionais do SNIPI, de forma a aferir a adoção de abordagens no seio da equipa e poderem aproximar-se das práticas internacionalmente recomendadas.

Como sugestão para estudos futuros consideramos que deveria existir continuidade deste trabalho, alargando-o ao nível nacional com vista a perceber a influência de outros fatores.

Podemos apontar como limitação a este estudo, a impossibilidade da generalização dos resultados a outros contextos bem como, a aplicação da escala ter sido efetuada pelos responsáveis da equipa e não por uma única pessoa que pudesse explicar as dúvidas da mesma forma.

Referências Bibliográficas

- Almeida, I.C. (2000). Evolução das teorias e modelos de intervenção precoce; Caracterização de uma prática de qualidade. *Cadernos CEACF*, pp-29-46.
- Almeida, I.C. (2009). *Estudos sobre intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação.
- Aytch, L. S., Castro, D. C., & Selz-Campbell, L. (2004). Early intervention services assessment scale – conceptualization and development of a program quality self-assessment instrument. *Infants and Young Children*, 17,3,236-246.
- Bailey, D. & Bruder, M. (2005). *Family outcomes of early intervention and early childhood special education: Issues and considerations*. Califórnia: Early Childhood Outcomes Center.
- Bailey, D. & Wolery, M. (1992). *Teaching infants and preschoolers with disabilities*. Columbus: MacMillan.
- Bairrão, J. & Almeida, I.C. (2002). *Contributos para o estudo das práticas em intervenção precoce em portugal*. Ministério da Educação: Departamento de Ensino Básico.
- Bairrão, J., & Almeida, I.C. (2003). Questões actuais em intervenção precoce. *Psicologia*, XVII (1), 15-29.
- Bairrão, J. (2006). Intervenção Precoce – Mayday, Mayday. *Jornal de Letras*, 22 Novembro – 5 Dezembro, pp. 8-9.
- Barbosa, D.C. (2007). Da concepção, ao nascimento: A razão da intervenção precoce. *Estilos da Clínica*, 12 (23), p. 68-77.
- Belsky, J., & Pluess, M. (2009). The nature (and nurture?) of plasticity in early human development (Versão electrónica). *Perspectives on Psychological Science*, 4, 345-351.
- Blair, C., Peters, R. & Lawrence, F. (2003). Family dynamics and child outcomes in early intervention: The role of developmental theory in the specification of effects. *Early Childhood Research Quarterly*, 18, p. 446-467. doi:10.1016/j.ecresq.2003.09.005
- intervention*. [Acedido em 15 de Setembro 2010 em: http://www.eurlyaid.net/eurlyaid_european%20developments0.html].
- Bruder, M. B. (1997). The effectiveness of specific educational/developmental curricula for children with established disabilities. In M. J. Guralnick (ed.) *the*

- effectiveness of early intervention* (pp.523-548). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Carpenter, B. (2005). Early childhood intervention: possibilities and prospects for professionals, families and children. *British Journal of Special Education*, 32,4,176-183.
- Carpenter, B. (2007). The impetus for family-centred early childhood intervention. *Child: care, health and development*, 33,6,664-669.
- Carpenter, B., Blackburn, C., & Egerton, J. (2009). Introduction. In B. Carpenter, J. Schloesser & J. Egerton (eds.). *European developments in early childhood*
- Correia, L. M.; Serrano, A.M (1994). Impacto dos programas de intervenção precoce na criança e nas famílias. *Revista Portuguesa de Educação*, 7 (3).
- Correia, L., Serrano, A. (2000). *Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. Porto: Porto Editora.
- Cruz, A.I., Fontes, F. & Carvalho, M. L. (2003). *Avaliação da satisfação das famílias apoiadas pelo PIIP: Resultados da aplicação da escala ESFIP*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Cunha, M.P., Rego, A. Cunha, R.C., & Cabral-Cardoso, C. (2007). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. (6ª ed.). Lisboa: Editora RH.
- Declaração de Salamanca: Sobre princípios, políticas e práticas na área das necessidades educativas especiais. (1994). Acedido em 20 de fevereiro de 2012 em <http://portal.Mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/Salamanca.pdf>
- Decreto - Lei nº 281/09 de 6 de Outubro. Diário da República nº - 193, 1º Série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Despacho Conjunto nº 3/2008 de 7 de Janeiro. Diário da República nº 4 -, 1º Série. Ministério de Educação. Lisboa.
- Despacho Conjunto nº 891/99 de 19 de Outubro. Diário da República nº 244 -, 2ª Série. Ministério da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa.
- Devillard, O. (2001). *A dinâmica das equipas*. Lisboa: Betrand Editora.
- Dias, C. F & Areia, M. A. (1998). *A família da criança deficiente no processo de descoberta, aceitação e educação do seu filho: O papel do técnico*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.

- Dias, J. C. (2003). *Os processos de interação e comunicação nas equipas de intervenção precoce: contributos para a organização de um apoio integrado*. Tese de Mestrado. Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa. Lisboa.
- Dunst, C. J. (1998a). Apoiar e capacitar famílias em intervenção precoce: o que aprendemos. In L. M. Correia e A. M. Serrano (orgs.) *Envolvimento parental em intervenção precoce, das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (pp.77-92). Porto: Porto Editora.
- Dunst, C. J. (1998b). Corresponsabilização e práticas de ajuda que se revelam eficazes no trabalho com famílias. In L. M. Correia e A. M. Serrano (Orgs.) *Envolvimento parental em intervenção precoce, das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (pp.123-142). Porto: Porto Editora.
- Dunst, C.J. (2000a). *Corresponsabilização e práticas de ajuda que se revelam eficazes no trabalho com famílias*. Porto: Porto Editora.
- Dunst, C.J. (2000b). Rethinking early intervention. *Topics in early childhood special education*, 20 (2), pp. 995-104.
- 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. (2004). *Revisiting “rethinking early intervention”*. In M. A. Feldman (ed., *Early intervention the essential readings*, (pp.262-283). Oxford: Blackwell Pub. Ltd.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M. & Deal, A. G. (1988). *Enabling & empowering families. Principles & guidelines for practice*. Cambridge, Brookline, M.
- European Agency for Development in Special Needs Education. (2005). *Intervenção precoce na infância: Análise das situações na europa: Aspectos-chave e recomendações*. Bruxelas: Victoria Soriano Editora.
- Eurlyaid (2009). *European developments in early childhood intervention*. The European Association on Early Intervention [Acedido em 15 de Setembro de 2010 em: <http://www.eurlyaid.net/>].
- Ferreira, J. M. C., Neves, J. & Caetano, A. (2001). *Manual de psicossociologia das organizações*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal.
- Fordham, L., Gibson, F. & Bowes, J. (2011). Information and professional support: key factors in the provision of family-centred early childhood intervention services. *Blackwell Publishing Ltd, Child: caree, health and development*, 38 (5), p. 647-653.

- Franco, V. & Apolónio, A. (2008). *Avaliação do impacto da intervenção precoce no Alentejo: crianças, família e comunidade*. Évora: Administração Regional de Saúde.
- Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*, 11 (1), p. 113-121.
- Guralnick, M.J. (2001). A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children*, 14 (2), p. 1- 18.
- Guralnick, M. J. (2004). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: a developmental perspective. In M. A. Feldman (ed.), *Early intervention the essential readings (pp.9-50)*. Oxford: Blackwell Pub. Ltd.
- Guralnick, M.J. (2005a). *The developmental systems approach*. Baltimore: Paul Brookes Publishing Cº.
- Guralnick, M.J. (2005b). *An agenda for early intervention: an international perspective*. Plenary to the Early Childhood Intervention: National Developments, European Perspectives Conference, Birmingham, England.
- Guralnick, M. J. (2006a). *Handbook of early childhood development*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Guralnick, M.J. (2006b). Early intervention in an international perspective. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3 (1), p.1-2.
- Hadders-Algra, M. (2011). Challenges and limitations in early intervention. *Developmental Medicine & Child Neurology*. P. 52-55. doi: 10.1111/j.1469-8749.2011.04064.x. Disponível em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%Bados/GRP/Equipas%20Interven%C3%A7%C3%A0o%20Precoce/Ficheiros/Manual_Tecnico_ELIS.pdf
- Hekkert, K.D., Cihanjir, S., Kleedfstra, S.M., Berg, B. & Kool, R.B. (2009). Patient satisfaction revisited: A multilevel approach. *Social Science & Medicine*, 69, 68-75.
- Hwang, A.W., Chao, M.Y. & Liu, S.W. (2013). A randomized controlled trial of routines-based early intervention for children with or at risk for developmental delay. *Research in Developmental Disabilities*, 34, p. 3112-3123. doi: 10.1016/j.ridd.2013.06.037. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2013.06.037>
- Jackson, J., Chamberlin, J. & Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 52, 609-620.

- Johnson, L. J., & LaMontagne, M. J. (1994). Program evaluation: the key to quality programming. In L. J. Johnson, R. J. Gallagher, M. J. Lamontagne, J.B. Jordan, B. June, J. Gallagher, P.L. Hutinger e M. B. Karnes (eds.). *Meeting early intervention challenges* (pp.185-216). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Keith, R.A. (1998). Patient satisfaction and rehabilitation services. *Arch Phys Med Rehabil*, 79, 1122-1128.
- Leitão, F. R. (1989). *Intervenção educativa precoce: Um modelo. IV Encontro de Educação Especial. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.*
- Lobo, L. (n.d). Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. Licenciatura em Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental. ISPA, Lisboa.
- Manual Técnico das ELI's. (2011). Acedido em 18 de Dezembro de 2011, no *Website* da ARS Norte.
- McWilliam, P.J. (1996). *Practical strategies for family: Centered intervention*. California: Singular Publishing Grup, Inc.
- McWilliam, P.J., Winton P.J., Crais E. R. (2003). Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família. Porto: Porto Editora.
- Meisels, S. & Shonkoff, J. (2000). *Handbook of early childhood intervention*. (2ª ed.). Cambridge University Press: Cambridge.
- Mendes, E (2010). *Avaliação da qualidade das práticas em intervenção precoce: Práticas no distrito de portalegre*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Mendes, E., Pinto, A. I., & Pimentel, J.S. (2010). Qualidade das práticas em intervenção precoce: uma prioridade. Ata do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho.
- Mpinga, E.K. & Chastonay, P. (2011). Satisfaction of patients: A right to health indicator? *Health Policy*, 100, 144-150.
- Paiva, C.S. (2013). Qualidade de vida das famílias apoiadas por intervenção precoce: Identificação de fatores mais valorizados pelas famílias. Dissertação para obtenção do grau de mestre em Intervenção Precoce, Instituto Politécnico de Lisboa.
- Peterson, C. A. (2002). Reflections on the challenges of program evaluation [Versão electrónica]. *Topics in Early Childhood Special Education*, 22 (2), 82-85.
- Piaget, J. (1983). *Handbook of child psychology. History, theory, and methods*. New York: John Willey and Sons.

- Piancastelli, C.H., Faria, H.P., & Silveira, M. R. (2000). O trabalho em equipe. *Organização do cuidado a partir do problema: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família*. Ministério da Saúde.
- Pimentel, J.V. (2005). *Intervenção focada na família: Desejo ou realidade*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. Ramos, N. (1987). *Para um melhor Acolhimento da criança deficiente*, Revista Portuguesa de Pedagogia, Ano XXI, 333-350.
- Raspa, M. et al. (2010). Measuring family outcomes in early intervention: Findings from a large-scale assessment. *Council for Exceptional Children*, 76 (4), p. 496-510.
- Sameroff, A. (2009). The transactional model. In A. Sameroff (ed.) *The transactional model of development, how children and contexts shape each other* (pp.3021). Washington: American Psychological Association.
- Sameroff, A., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: the developmental ecology of early intervention. In J. P Shonkoff & S. J. Meisels (eds.) *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 135-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Santos, P. A. (2007). *Promovendo um processo de construção de uma cultura de intervenção precoce*. Tese de Doutoramento. Departamento de Ciências de Educação, Universidade de Aveiro.
- Santos, P., Portugal, G. & Simões, O. (2004). Políticas de intervenção na infância: situação e perspetiva da intervenção precoce em Portugal. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Sandall, S. Hemmeter, M.L., Smith, B.J., e Mclean, M. E. (2005). *DEC recommended practices – A comprehensive guide for practical application in early intervention/early childhood special education*. Longmont, CO: Sopris West.
- Serrano, A.M. (2007). *Redes sociais de apoio e sua relevância para a intervenção precoce*. Porto: Porto Editora.
- Sawyer, L. B., & Campbell, P.H. (2009). Beliefs About Participation-Based Practices in Early Intervention. *Journal of Early Intervention*, 31, 326-343.
- Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (eds.) (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Shonkoff, J. P. (2010). Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy (Versão electrónica). *Child Development*, 81 (1), 357-367.
- Snyder, P. (2006). Best available research evidence: impact on research in early intervention. In V. Buysse e P. Wesley (eds.) *Evidence-based practice in the early childhood field* (pp35-70). Washington: Zero to Three.
- Simeonsson, R & Bailey, D. (1990). Family dimensions in early intervention. *Handbook of early intervention*. Cambridge: University Press.
- Simeonsson, R. (1996). *Early childhood intervention: Theory, evaluation, and practice*. New York: de Gruyter.
- Simeonsson, R. J. (2000). Early childhood intervention: toward a universal manifesto. *Infants and Young Children*, 12 (3), 4-9.
- Sitzia, J. & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc. Sci. Med.*, 45, 12, 1829-1843.
- Todorovic, J., Matejevic, M. & Simic, I. (2012). Educational styles, communication and contentment of students with their families. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 60, p. 899-906. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.12.014
- Turnbull, A., Summers, J. & Brotherson, M. (1986). *Families, professionals and exceptionality: A special partnership*. Columbus: E. Merrill Publishing.
- Vaitsman, J. & Andrade, G.R.B. (2005). Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (3), 599-613.
- Wang, M. et al. (2006). Perspectives of fathers and mothers of children in early intervention programmes in assessing family quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (12), p. 977-988.
- Wilcox, M.J. & Woods, J. (2011). Participation as a basis for developing early intervention outcomes. *Language, Speech, and Hearing Services in Schols*, 42, p. 365-378. doi: 10.1044/0161-1461(2011/10-0014)
- Williams, B., Coyle, J. & Healy, D. (1998). The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc. Sci. Med.*, 47, 9, 1351-1359.
- Winton, P.J. (2000). Early childhood intervention personnel preparation: Backward mapping for future planning. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20 (2), 87-94.
- Yazici, D., Akgul, E. & Akman, B. (2015). A comparative examination of the family-based early intervention programs developed in Turkey and in the USA in the

last decade. Procedia – Social and Behavioral Sciences, 174, p. 658-666. doi:
10.1016/j.sbspro.2015.01.598

ANEXOS

Anexo 1

Exma. Sr.^a Presidente da ANIP

Elvas, 01 de Outubro de 2014

Assunto: Pedido de autorização para a utilização de instrumento de avaliação.

No âmbito da dissertação do Mestrado em Educação Especial, na Universidade de Évora, área de Especialização em Educação Especial Domínio Cognitivo e Motor, eu Marta Grifo Caraças, sob a orientação da Prof^a Doutora Heldemerina Pires, encontro-me a desenvolver uma investigação subordinada à temática da “Avaliação da Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce”.

Nesta investigação pretende-se avaliar o grau de satisfação das famílias com a intervenção recebida das equipas de intervenção precoce do distrito de Portalegre.

Para a realização desta investigação torna-se imprescindível a aplicação do “Escala Europeu de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce” pelo que, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para a aplicação do referida escala, que se encontra no Anexo I da *publicação sobre o projeto investigar em intervenção precoce ANIP – PIIP – Programa ser criança Livros SNR, nº21, 2003*, com o objetivo do mesmo ser passado às famílias referenciadas nas Equipas Locais de Intervenção (ELIs) do distrito de Portalegre e com o objetivo de avaliar o grau de satisfação das mesmas.

Mais se informa que a referida escala destina-se apenas para recolha e tratamento de dados de cariz académico, sendo garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos.

Esperando deferimento à autorização solicitada, agradecemos desde já a atenção dispensada e apresentamos os melhores cumprimentos.

Atentamente,

Marta Caraças

Anexo 2

À Direção do Núcleo Técnico Distrital de
Supervisão das Equipas de Intervenção Precoce do
Distrito de Portalegre

No âmbito da dissertação do Mestrado em Educação Especial, na Universidade de Évora, área de Especialização em Educação Especial Domínio Cognitivo e Motora, eu mestranda Marta Grifo Caraças, sob a orientação da Prof^a Doutora Heldemerina Pires, estou a desenvolver uma investigação subordinada à temática da “Avaliação da Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce”.

Nesta investigação pretende-se avaliar o grau de satisfação das famílias com a intervenção recebida das equipas de Intervenção Precoce do distrito de Portalegre.

A concretização desta investigação implica a resposta a dois questionários: Questionário de Caracterização Sócio-demográfica e Escala Europeia de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce.

Para a realização desta investigação torna-se imprescindível a colaboração da instituição que V. Ex.^a dirige, pelo que se solicita autorização para que os questionários possam ser respondidos pelas famílias intervencionadas pelas Equipas de Intervenção Precoce do Distrito de Portalegre.

Salvuarda-se que a investigação em causa não representa nenhum tipo de encargo financeiro para a instituição e que serão assegurados todos os procedimentos éticos na condução do estudo, nomeadamente o consentimento informado de todos os participantes.

Importa salientar que a finalidade desta investigação é unicamente académica, e que será salvaguardada a confidencialidade de todos os dados recolhidos.

Esperando deferimento à autorização solicitada, agradecemos desde já a atenção dispensada e apresentamos os melhores cumprimentos.

Elvas, 1 de Outubro de 2014

A Investigadora

(Marta Grifo Caraças)

De: Dulce.M.Balseiro

Enviada: 24 de novembro de 2014 11:21

Assunto: FW: Estudo: "Perceção da Qualidade de Vida: um estudo em crianças apoiadas pela Terapia Ocupacional no Alentejo integradas em Equipas Locais de Intervenção Precoce

Exmas. Sras. Subcomissárias

Vimos por este meio corrigir a informação que vos foi remetida através do email infra, pois aquilo que este Núcleo pretendia era obter o parecer de V. Exas. relativamente à concretização da investigação subordinada ao tema "**Avaliação da Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce**", investigação esta desenvolvida no âmbito do **Mestrado em Educação Especial**, ministrado pela **Universidade de Évora**.

Todas as ELI's de Portalegre à excepção da ELI de Ponte de Sôr e Avis, deram o seu parecer favorável à possibilidade de participação no referido trabalho, encontrando-se salvaguardadas todas as questões de confidencialidade e havendo um compromisso da mestranda (Dr.^a Marta Caraças) relativamente à manutenção do animato das ELI's.

Mais se informa que, para melhor apreciação do assunto em causa, junto remetemos o Ofício que a Dr.^a Marta remeteu a este NST.

Pedimos desde já desculpa pelo incómodo que o referido lapso possa ter causado.

Sem outro assunto de momento.

Com os melhores cumprimentos,

Dulce Balseiro

Núcleo de Infância e Juventude

Unidade de Desenvolvimento Social e Programas

Centro Distrital de Portalegre, ISS,IP

Anexo 3

Sent: lundi 24 novembre 2014 20:01

To: LANNERS Romain

Subject: European Parental Satisfaction Scale about Early Intervention- demande de Permission

Cher Professeur

Romain Lenner

Je suis enseignante de psychologie de l'éducation au département de psychologie à l'Université d'Évora –Portugal.

Je suis en train d'orienter une thèse de master intitulée "la satisfaction des familles et l'intervention précoce."

Pour cette travaille, nous avons l'intention d'utiliser l'échelle « European Parental Satisfaction Scale about Early Intervention – (EPASSEI) » que ai été développé pour vous et qui est déjà traduit en portugais. Donc, nous demandons par le présent e-mail la permission pour son utilisation.

Dans l'attente, d'une réponse favorable de votre part, veuillez agréer, Monsieur le professeur mes salutations distinguées.

Heldemerina Samutelela Pires

Assunto: RE: European Parental Satisfaction Scale about Early Intervention- demande de Permission

Data: 2014-11-25 8:10

Remetente: LANNERS Romain

Chère Madame,

C'est avec plaisir que je vous donne l'autorisation d'utiliser notre échelle de satisfaction.

En vous souhaitant plein de succès pour votre recherche, je vous prie, Madame, de bien recevoir mes meilleures salutations.

Anexo 4

Questionário de Satisfação da Família

Antes de mais agradecemos a sua disponibilidade para participar nesta investigação.

Informamos que todos os dados que fornecer serão apenas utilizados neste estudo, sendo tratados com rigor e seriedade. De igual modo, toda a informação recolhida é anónima e confidencial. Para cada uma das respostas deve assinalar com um **X** a que melhor se aplique à sua opinião. O preenchimento do questionário demorará cerca de 10 minutos.

Parte 1: Questionários Sócio demográficos

A) Para começar gostaria que me desse algumas informações sobre si!

A1) Quantos anos tem?

..... Anos

A2) Sexo?

Masculino (1)

Feminino (2)

A3) Qual o nível de instrução mais elevado que completou?

Não saber ler nem escrever (1)

Menos que a 4.^a classe (2)

4.^a classe (3)

6.^o ano (telescola ou 2.^o ano do ciclo preparatório) (4)

9.^o ano (artigo 5.^oano) (5)

- 11.º ano (artigo 7º ano) (6)
- 12º ano (artigo propedêutico) (7)
- Bacharelato (8)
- Licenciatura (9)
- Outro. Qual? _____

A4) Qual é a sua situação perante o trabalho?

- Desempregado/a (1)
- Doméstica/o (2) (passar à secção B)
- Exerce uma profissão (3)
- Reformado/a (4)
- Estudante (5)
- Cumprir serviço militar obrigatório (6)
- Outra situação. Qual? _____

A5) Se tem ou já teve uma profissão, indique-me qual é ou era a sua situação?

- Trabalhador por conta de outrem (1)
- Trabalhador por conta própria (2)
- Trabalhador sem salário num negócio familiar (3)
- Patrão com menos de 10 empregados ao serviço (5)
- Patrão com 10 ou mais empregados ao serviço (6)

A6) Em que domínio de atividade trabalha ou trabalhava?

Agricultura		(1)
Comércio	(2)	
Indústria		(3)
Escritórios		(4)
Banca/Seguros	(5)	
Administração Pública		(6)
Construção Civil		(7)
Distribuição de água, gás ou eletricidade		(8)
Transportes		(9)
Minas e extração		(10)
Forças armadas/forças de segurança		(11)
Outro. Qual?	_____	
Profissão	_____	

B) Gostaríamos agora de lhe colocar algumas questões acerca da sua família:

B1) Qual é o seu grau de parentesco face á criança apoiada?

Pai	(1)	
Mãe	(2)	
Avô		(3)
Avó		(4)
Outro. Qual?	_____	

B2) Qual é a sua situação familiar?

- Casado/a ou unido de facto (1)
- Este é o seu 2.º casamento (família reconstituída) (2)
- É pai/mãe solteiro/a, viúvo/a ou divorciado/a
(família monoparental) (3)
- É pai/mãe adotivo/a (família adotiva) (4)

C) Relativamente à criança apoiada pelo serviço de Intervenção Precoce

C1) Qual é o sexo da criança apoiada?

- Masculino (1)
- Feminino (2)

C2) Qual a data de nascimento da criança apoiada? Mês de _____(C2a) do ano
____ (C2b)

C3) Quantos irmãos tem a criança apoiada?

_____ irmãos

C4) Qual é, em termos de idade, a posição da criança face aos irmãos?

é a mais velha (a primeira) (1)

é a segunda (2)

é a terceira (3)

é a quarta (4)

é a quinta (5)

Outra. Qual? _____

C5) Quais são as principais dificuldades da sua criança?

Não tem dificuldades (1)

Atraso no desenvolvimento global (2)

Dificuldades Motoras (3)

Dificuldades Visuais (4)

Dificuldades auditivas (5)

Dificuldades na linguagem (6)

Dificuldades múltiplas (7)

Outras. Qual? _____

Diagnóstico

(caso seja conhecido): _____(C5a)

D) Relativamente ao Serviço de Intervenção Precoce pode dizer-nos

D1) Quando é que a criança começou a receber apoio do Serviço de Intervenção Precoce? Número de anos/meses de apoio_____.

D2) Qual é a frequência dos contactos com o Serviço de Intervenção Precoce?

- Mais de duas vezes por semana (1)
- Duas vezes por semana (2)
- Uma vez por semana (3)
- Uma vez de duas em duas semanas (4)
- Uma vez por mês (5)
- Menos de uma vez por mês (6)

D3) Onde é que a intervenção decorre normalmente?

- Sempre em sua casa (1)
- Quase sempre na sua casa, e algumas vezes
na creche/JI ou sede da equipa de IP (2)
- Quase sempre na creche/JI ou na sede da equipa de IP,
e algumas vezes na sua casa (3)
- Sempre na creche/JI ou sede da equipa de IP (4)
- Alternando em casa e na creche/ JI ou sede da equipa de IP (5)

Parte 2: Questões sobre a sua satisfação

Gostaria agora de saber qual é o seu grau de satisfação face ao serviço de intervenção precoce que lhe é prestado. É muito fácil responder às questões que se seguem, para isso terá apenas de nos indicar de entre as seguintes possibilidades de resposta aquela que corresponde à sua opinião:

++ = “Muito boa”, “Muito bom”, “Muito bem”, “Concorda totalmente”

+ = “Bom”, “Boa”, “Bem”, “Concorda”

- = “Mau”, “Má”, “Mal”, “Discorda”

-- = “Muito mau”, “Muito má”, “Muito mal”, “Discorda totalmente”

A. Apoio aos pais

1. A orientação e o apoio que lhe têm sido oferecidos pelo serviço de IP, é no geral:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
2. A intervenção precoce ajudou-o/a a mudar a imagem que tinha do seu filho:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
3. O apoio ajudou-o/a a lidar com as suas emoções:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
4. A informação sobre as terapias que existem, ajudou-o/a a perceber que tipo de terapia a sua criança precisa/precisava:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
5. O apoio ajudou-o/a a ver as capacidades e os problemas da sua criança:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
6. O apoio ajudou-o/a a sentir-se mais	Ajudou	Ajudou	Ajudou	Não

seguro/a no lidar com a sua criança:	Muito		Pouco	Ajudou
7. O apoio ajudou-o/a a ter mais momentos agradáveis com a sua criança:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
8. O apoio ajudou-a com novas ideias para educar a sua criança no dia-a-dia:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
9. As oportunidades que tem para entrar em contacto com outros pais são:	Muitas	Algumas	Poucas	Nenhumas
10. Os contactos com outros pais estão a ser uma ajuda:	Muito Boa	Boa	Má	Muito Má
11. O serviço informa-o/a do apoio financeiro existente:	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Poucas Vezes	Nunca
12. O serviço informa-o/a das questões administrativas:	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Poucas Vezes	Nunca
13. O serviço informa-o/a dos diferentes serviços existentes para a sua criança:	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Poucas Vezes	Nunca
14. As informações que lhe são fornecidas pelo Serviço de IP acerca dos problemas da sua criança, são em geral:	Muito Boas	Boas	Más	Muito Más
15. As possibilidades para atividades de grupo entre os pais são:	Muito Boas	Boas	Más	Muito Más

B. Apoio à criança

16. O apoio prestado pelo serviço de IP á sua criança é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
17. O apoio prestado está adaptado às necessidades e á maneira de ser da sua criança:	Muito Adaptado	Adaptado	Pouco Adaptado	Não Adaptado
18. O apoio dado ao seu filho ao nível do desenvolvimento mental (cognitivo) é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau

19. O apoio dado ao seu filho ao nível da comunicação é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
20. As sugestões que o serviço lhe tem dado relativamente aos brinquedos e jogos apropriados para o seu filho são:	Muito Boas	Boas	Más	Muito Más
21. O apoio dado ao seu filho ao nível do comportamento e do desenvolvimento motor é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
22. A atenção, informação e/ou aconselhamento relativamente ao desenvolvimento social do seu filho é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
23. A atenção, informação e/ou aconselhamento relativamente á escolha, compra e uso de material adaptado ao seu filho é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
24. As formas e técnicas aconselhadas pelo serviço para resolver problemas comportamentais (recusa em comer, birras, problemas em dormir), do seu filho são:	Muito Boas	Boas	Más	Muito Más
25. As ofertas de atividade de grupo para crianças facultadas pelo serviço são:	Muito Boas	Boas	Más	Muito Más
26. A forma como os técnicos se relacionam com o seu filho é:	Muito Boa	Boa	Má	Muito Má

C. Ambiente Social

27. Sente que pode falar com os técnicos acerca das questões e reações dos irmãos da criança:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
28. No apoio que prestam, os técnicos também estão atentos as necessidades dos irmãos:	Muito Atentos	Atentos	Pouco Atentos	Nada Atentos

29. Pode falar com a técnica acerca de questões e reações dos seus parentes, amigos e vizinhos:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
---	--------	-------------	-----------------	-------

D. Reação entre pais e profissionais

30. Sente que a/o técnico de IP o /a compreende:	Muito Bem	Bem	Mal	Muito Mal
31. Os técnicos fazem uma clara distinção entre o apoio que vos prestam e a vossa privacidade:	Sempre	Às vezes	Poucas Vezes	Nunca
32. Pode colocar aos técnicos as suas dúvidas e críticas relativamente ao apoio que vos é prestado:	Sempre	Às vezes	Poucas Vezes	Nunca
33. Os técnicos aceitam as suas decisões:	Sempre	Às vezes	Poucas Vezes	Nunca
34. Sente que as decisões são tomadas por si:	Sempre	Às vezes	Poucas Vezes	Nunca
35. Os técnicos respondem Às suas questões:	Sempre	Às vezes	Poucas Vezes	Nunca

E. Modelo de apoio

36. Os técnicos respeitam os valores e o estilo de vida da sua família:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
37. Pensa que o número de técnicos que vos dá apoio é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
38. O apoio exige-lhe tanto tempo no trabalho com o seu filho, que fica com pouco tempo livre para si para as outras pessoas da sua família:	Muitas vezes	Algumas Vezes	Poucas Vezes	Nunca

39. Sente que pode colocar as questões que quiser aos técnicos:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
40. Encontra no apoio as ajudas e aspetos que acha importantes para o desenvolvimento do seu filho:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
41. Sabe aquilo em que o serviço vos pode ajudar e aquilo em que não vos pode ajudar:	Muito Bem	Bem	Mal	Muito Mal
42. A comunicação/cooperação entre o serviço e as outras instituições/técnicos (médicos, terapeutas particulares,...) é:	Muito Boa	Boa	Má	Muito Má
43. Os relatórios e as avaliações feitas pelos técnicos são:	Muito Bons	Bons	Maus	Muito Maus
44. As suas opiniões e informações são tidas em conta nas avaliações do seu filho:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
45. Acha que os técnicos conseguem ver o seu filho como um todo apesar de na avaliação existirem várias áreas de desenvolvimento:	Muito Bem	Bem	Mal	Muito Mal
46. A avaliação do desenvolvimento e/ou os relatórios acerca da sua criança referem ou destacam as capacidades do seu filho:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
47. Confia na competência dos técnicos:	Confio Muito	Confio	Confio Pouco	Não Confio
48. Os técnicos conseguem envolver os serviços locais em resposta às necessidades da sua criança:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
49. Pensa que o incentivo que vos é dado pelos técnicos para contactarem com outras crianças, é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
50. Pensa que o apoio, dado pelo serviço, no sentido da integração do seu filho, é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau

F. Direito dos Pais

51. Sabe que em caso de problema pode entrar em contacto com os técnicos:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
52. Sabe que pode decidir a qualquer momento se quer continuar ou terminar o apoio:	Muito Bem	Bem	Mal	Muito Mal
53. O serviço informa-o/a de todos os seus direitos enquanto pai/mãe de uma criança com problemas de desenvolvimento:	Muito Bem	Bem	Mal	Muito Mal

G. Localização e ligações do serviço

54. A maioria das pessoas conhece o serviço de IP e sabe como recorrer a ele:	Conhecem Bem	Conhecem	Conhecem Mal	Não Conhecem
55. É fácil recorrer ao serviço de I.P. e sabe como recorrer a ele:	Muito Fácil	Fácil	Difícil	Muito Difícil
56. Quanto á flexibilidade este serviço, é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau

H. Estrutura e administração do serviço

57. Conhece a estrutura do serviço de IP (equipas de	Muito Bem	Bem	Mal	Muito Mal
--	-----------	-----	-----	-----------

supervisão e de coordenação):				
58. Sabe a quem se pode queixar se não estiver a gostar do serviço de I.P.:	Muito Bem	Bem	Mal	Muito Mal
59. Conhece ou sabe quem são os técnicos que compõem a equipa de I.P.:	Conheço Bem	Conheço	Conheço Mal	Não Conheço
60. Gostava que os técnicos não mudassem tantas vezes:	Gostava Muito	Gostava	Gostava Pouco	Não Gostava
61. O primeiro contacto com os técnicos de IP foi:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
62. Durante a avaliação do seu filho sentiu-se envolvido/a:	Muito Envolvido	Envolvido	Pouco Envolvido	Nada Envolvido
63. O PIIP ajuda-o/a a planear o trabalho com a sua criança:	Ajuda Muito	Ajuda	Ajuda Pouco	Não Ajuda
64. Os registos escritos ajudam-no/a a perceber o que tem de fazer, e a compreender o desenvolvimento do seu filho!	Ajudam Muito	Ajudam	Ajudam Pouco	Não Ajudam
65. A IP ajudou-o/a a sentir-se mais confiante para resolver os seus problemas:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou

Anexo 5

Tabela 18:

Estatística descritiva da amostra segundo o Diagnóstico da Criança

	N	%
Hemiparesia direita	1	,6
Síndrome de Down	2	1,2
Síndrome Alagille	1	0,6
Agenesia de Corpo Caloso	1	0,6
Perturbação de Espectro de Autismo	3	1,8
Défice de Atenção e Hiperatividade	1	0,6
Atraso de desenvolvimento	1	0,6
Síndrome do X Frágil	1	0,6
Défice Cognitivo	1	0,6
Mutismo seletivo	1	0,6
AVC In-útero	1	0,6
Neurofibromatose	1	0,6
Surdez	2	1,2
Dificuldades Auditivas	2	1,2
Dificuldades Articulatórias	1	0,6
Atraso no Desenvolvimento da Linguagem	1	0,6
Dificuldades Comportamentais	1	0,6
Total	22	12,9
Missing	149	87,1