

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

MESTRADO EM PSICOLOGIA

RAMO: PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO
COMUNITÁRIA

Maria de Fátima Valente Martins Fernandes

QUE INTERVENÇÃO PRECOCE(? ;)

“Satisfação das famílias em Intervenção Precoce”

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA



PORTO

2008

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

MESTRADO EM PSICOLOGIA

RAMO: PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO
COMUNITÁRIA

Maria de Fátima Valente Martins Fernandes

QUE INTERVENÇÃO PRECOCE(? ;)

“Satisfação das famílias em Intervenção Precoce”

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA



PORTO

2008



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Ramo: PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

QUE INTERVENÇÃO PRECOCE (? ;)

**Um Estudo exploratório sobre o grau de satisfação das famílias integradas no
Projecto de Intervenção Precoce no Concelho de Estarreja**

Aluno: Maria de Fátima Valente Martins Fernandes

nº 19035

Orientador: Mestre Susana Marinho

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia da Educação e Intervenção
Comunitária

Porto

2008

Dedicatória:

A todos quantos comigo partilharam a
minha angustia e me acalentaram no meu
desânimo, dando-me coragem para nunca
desistir... o meu sincero OBRIGADO

Agradecimentos

Será difícil transmitir em palavras toda a gratidão que tenho para com aqueles que me acompanharam ao longo deste percurso e que serão sempre um exemplo para a minha vida.

Passo, a passo, cheguei até aqui, consciente de que um longo caminho ainda me espera... não vale a pena dizer adeus, direi apenas um “até já”.

Juntamente com estas palavras, junto uma boa dose de amor e carinho e já com saudade digo: Obrigada por tudo!

Um obrigado especial:

Aos meus filhos e ao meu marido por me permitirem a oportunidade de vivenciar este percurso tão importante para a minha vida e por me apoiarem incondicionalmente;

Ao meu irmão, irmã e outros familiares porque simplesmente são meus;

Às “minhas” Educadoras de Infância, elementos da EID de Estarreja, companheiras desta aventura, que é a Intervenção Precoce;

Às colegas de turma, porque foi com elas que parti à descoberta de uma nova experiência de vida;

Aos meus professores em especial à Mestre Susana Marinho, porque me fizeram crescer em conhecimento;

Finalmente, gostaria de agradecer às “Famílias” envolvidas, uma vez que, sem a colaboração delas, este trabalho não teria sido possível.

RESUMO :

Este estudo tem por objectivo analisar e discutir a satisfação das famílias abrangidas pela Equipa de Intervenção Precoce de Estarreja, no Projecto Pluriconcelhio de Intervenção Precoce de Aveiro.

Realizou-se um estudo exploratório no sentido de obtermos resultados que nos possam demonstrar que, apesar de as famílias vivenciarem problemas comuns, cada uma delas possui particularidades específicas e as suas necessidades diferem mediante existência de diversas características/factores.

É isso que deve caracterizar a proposta de apoio a ser oferecida pelo profissional.

A nosso ver, tal proposta deve ser pautada na realidade e ter em vista a satisfação das necessidades familiares, em busca de uma melhor qualidade de vida da criança em risco e da família como um todo.

Os resultados obtidos neste estudo foram, de uma forma geral, satisfatórios, uma vez que foi o primeiro trabalho realizado directamente com famílias no Concelho e do qual podemos deduzir que, de uma forma geral, e na apreciação global dos resultados, as nossas famílias estão “satisfeitas” (50%), embora apenas 34% se sintam realmente “muito satisfeita”, relativamente ao Serviço de Intervenção Precoce.

Da nossa amostra, 10% está “pouco satisfeita” e uma minoria de 3%, mas que não deixa de ser para nós significativa, apresenta um resultado de “não satisfeita”.

Palavras-chave: satisfação, criança, família, profissional, intervenção precoce.

ABSTRACT:

This study aims at analyzing and discussing the satisfaction of families included in the “Early Intervention Team of Estarreja”, from the Project “Pluriconcelhio de Intervenção Precoce” of Aveiro.

An exploratory study was designed with the purpose of getting results that can demonstrate us that, although the families share common problems, each one of them possesses specificities and their necessities differ due to the existence of diverse characteristics/factors.

It is this that must characterize the support to be offered by professionals.

As far as we can see, such proposal must be set out in reality and pursuit the satisfaction of family needs, in search of a better quality of life for the child at risk and the family as a whole.

The results obtained in this study were in general satisfactory, since it was the first work carried directly with families in our council and of which we can deduce that in general and with in the global appreciation of the results, our families are “satisfied” (50%) although only 34% really feel “very satisfied”, relatively to the Precocious Intervention service.

From our sample, 10% is “little satisfied” and a minority of 3% revealed to be “not satisfied”, although they still keep on being significant to us.

Keywords: satisfaction, child, family, professional, early intervention.

RESUMÉ:

Cette étude vise examiner et discuter la satisfaction des familles incluses par l'équipe de l'intervention précoce de Estarreja dans le Project Pluriconcelhio d'intervention précoce de Aveiro.

Il y avait une étude exploratoire, pour obtenir les résultats qui puissent démontrer que, malgré les problèmes vécus par les familles, chacune a des caractéristiques spécifiques et leurs nécessités sont différentes selon les caractéristiques/facteurs.

C'est ce que doit caractériser le Project de support que sera offert par des professionnels.

À notre avis, cette proposition devrait être basée sur la réalité visant répondre aux besoins de la famille, à la recherche d'une meilleure qualité de vie de l'enfant en risque et de la famille dans son ensemble.

Les résultats obtenus dans cette étude ont été en général satisfaisants, car il a été le premier de travail directement avec les familles dans le conté, et dans nous pouvons déduire que, en général, et dans l'évolution global des résultats, dans les familles sont «satisfaits» (50%), bien que seulement 34% se sentent vraiment «très satisfaits», pour le service d'intervention précoce.

De notre sample, 10% sont «plutôt satisfaits» et une minorité de 3%, mais qu'il est important pour nous, de présenter une suite de «pas satisfait».

Mots-Clés : Satisfaction, enfant, famille, professionnelle, intervention précoce.

Índice Geral

Dedicatória	v
Agradecimento	vi
Resumo	vii
Abstract	viii
Resume	ix
Siglas	xiii
Introdução	01
Primeira Parte – Enquadramento Teórico	04
Capítulo 1 – Intervenção Precoce: dos conceitos às práticas	05
1 - Intervenção Precoce	05
1.1 – Evolução histórica do Conceito	05
1.1.1 – <i>A nível Internacional</i>	06
1.1.2 – <i>Em Portugal</i>	08
1.2 – Os Programas de Intervenção Precoce	10
1.3 - Definições do conceito	12
1.4 - Objectivos da Intervenção Precoce	14
2 – Da identificação à Intervenção: Um percurso dentro de um Processo	15
2.1 – Elegibilidade para a Intervenção Precoce	15
2.2 – Avaliar para Intervir	17
2.3 – Contextos para a Intervenção	20
Capítulo 2 – Da Intervenção Precoce centrada na Criança à Intervenção Precoce centrada na Família	23
1 – O papel da família na Intervenção Precoce	23
2 – Contributos teóricos para uma Intervenção centrada na Família	26
3 – As práticas em Intervenção Precoce	28
Capítulo 3 – Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce	30
1 - Especificidade da Intervenção Precoce	30
2 – Os papéis dos profissionais de Intervenção Precoce	31
2.1 – Processo de Intervenção da Equipa de Coordenação Distrital	33
2.1.1 – <i>Sinalização</i>	33
2.1.2 – <i>Seleção</i>	34
2.1.3 – <i>Avaliação</i>	35
2.1.3 – <i>Implementação do Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF)</i>	36
2.2 – As parcerias com a família	38
Segunda Parte – Enquadramento Empírico	42
Capítulo 4 – Opções Metodológicas	43
1 – Caracterização do Meio e dos Participantes no Estudo	43
1.1 – O Concelho de Estarreja	43
1.2 - Caracterização da Equipa de Intervenção Directa de Estarreja	44
2 – Delimitação do Estudo	44
3 – Objectivos do Estudo	45
4 – Procedimentos Metodológicos	46
4.1 – Instrumento	47
4.2 – Procedimentos na recolha de dados	48
4.2.1 – <i>Participantes na amostra</i>	49

Capítulo 5 – Apresentação e Discussão dos Resultados	50
1 – Apresentação e tratamento dos dados	50
2 – Caracterização da Amostra	50
2.1 – Dados Gerais	51
2.2 – Questões sobre a satisfação das Famílias	59
2.2.1 – <i>Domínio (A) Apoio aos Pais</i>	60
2.2.2 - <i>Domínio (B) Apoio à Criança</i>	61
2.2.3 - <i>Domínio (C) Ambiente Social</i>	63
2.2.4 - <i>Domínio (D) Relação entre pais e profissionais</i>	64
2.2.5 - <i>Domínio (E) Modelo de apoio</i>	65
2.2.6 - <i>Domínio (F) Direitos dos pais</i>	67
2.2.7 - <i>Domínio (G) Localização e ligações do serviço</i>	68
2.2.8 - <i>Domínio (H) Estrutura e administração do serviço</i>	69
3 – Nível Global de satisfação das famílias	70
Considerações Finais	75
Reflexão Final	77
Bibliografia	78
Anexos	83

Índice de Fig.s

Fig. 1 – Situação Familiar	52
Fig. 2 – Nível de Instrução Escolar	53
Fig. 3 – Situação perante o Trabalho	54
Fig. 4 – Situação perante a Profissão	54
Fig. 5 – Domínio da Actividade	55
Fig. 6 – Principais Dificuldades da Criança	56
Fig. 7 – Género	57
Fig. 8 – Idade das Crianças	57
Fig. 9 – Onde decorre o apoio	58
Fig. 10 – Frequência do Apoio	59
Fig. 11 – Apoio aos Pais	61
Fig. 12 – Apoio à Criança	62
Fig. 13 – Ambiente Social	63
Fig. 14 – Relação entre Pais e Profissionais	65
Fig. 15 – Modelo de Apoio	66
Fig. 16 – Direitos dos Pais	67
Fig. 17 – Localizações e Ligações ao Serviço	68
Fig. 18 – Estrutura e Administração do Serviço	69
Fig. 19 – Nível Global de Satisfação	70
Fig. 20 – N° de respostas Muito Satisfeito (MS) por Família	71
Fig. 21 – N° de respostas Satisfeito (S) por Família	71
Fig. 22 – N° de respostas Pouco Satisfeito (PS) por Família	72
Fig. 23 – N° de respostas Nada Satisfeito (NS) por Família	72
Fig. 24 – N° de Não Respostas (NR) por Família	73

SIGLAS

IP – Intervenção Precoce

EID – Equipa de Intervenção Directa

SOD.- Serviços de Orientação Domiciliária

E.E.E. – Equipas de Ensino Especial

OD – Orientação Domiciliária

DSOIP – Direcção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica

NEE – Necessidades Educativas Especiais

PIAF – Plano Individualizado de Apoio à Família

PIIP – Projecto Integrado de Intervenção Precoce

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

NE – Necessidades Especiais

ESFIP – Escala Europeia de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce

Introdução

O Século XX foi especialmente sensível às questões da infância, designadamente em relação às crianças com incapacidade ou em risco, atribuindo-se às experiências dos primeiros anos de vida uma importância elementar, realçando o papel da intervenção precoce.

Actualmente e partindo de todo um produto procedente da investigação e prática em intervenção precoce, há uma filosofia emergente que enfatiza a família como centro da intervenção, a interdisciplinariedade e a colaboração que é imprescindível entre os serviços envolvidos.

De acordo com o despacho conjunto n.º 891/99, publicado em DR, II Série n.º 244, de 19/10/1999, no seu ponto 2, em que regulamenta a Intervenção Precoce em Portugal, a intervenção precoce é

Uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante acções de natureza preventiva e habilitativa, designadamente do âmbito da educação, da saúde e da acção social, com vista a:

- a)- Assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento;
- b)- Potenciar a melhoria das interacções familiares;
- c)- Reforçar as competências familiares como suporte da sua progressiva capacitação e autonomia face à problemática da deficiência.

De uma forma geral, pode-se dizer que a Intervenção Precoce consiste em serviços multidisciplinares concedidos a crianças dos 0 aos 6 anos de idade, preferencialmente dos 0 aos 3, de forma a promover a saúde e bem-estar, amplificar competências emergentes, minimizar atrasos no desenvolvimento, corrigir disfunções, prevenir deterioração funcional e desenvolver capacidades parentais adaptativas e funcionamento familiar em geral. Estes objectivos são atingidos através da prestação de serviços individualizados, educacionais, de desenvolvimento e terapêuticos às crianças, em conjunto com apoio em parceria e planeado às famílias (Santos, Portugal e Simões., 2004).

Dado que o mundo da criança é composto primordialmente pela sua família, a Intervenção Precoce não pode centrar-se unicamente na criança, tornando-se essencial e de extrema importância envolver a família em todo o processo de intervenção. É através das interações com os profissionais e com a família que a criança pequena alarga laços emocionais, torna-se ser social e constrói o significado das suas acções; logo, uma intervenção adequada junto destas crianças obriga a uma capacidade do profissional no sentido de tomar atenção à família como um todo, e não olhar para a criança como isolada do seu contexto (Cruz, Fontes e Carvalho, 2003).

Ainda segundo Cruz et al. (2003), a “capacitação” das famílias poderá ser entendida enquanto criação de oportunidades para os membros da família se sentirem mais competentes, independentes e autónomos. A “co-responsabilização” significa intervir de maneira a que os membros da família consigam adquirir controlo sobre a sua vida. Isto significa que as famílias experienciam o sucesso ao conseguirem aderir aos recursos, formais e informais, e ao aumentarem a confiança nas suas próprias capacidades para resolverem desafios futuros.

Outro pressuposto importante da intervenção centrada na família, é o do fortalecimento das famílias e dos seus contextos de vida, sem nunca, é claro, pôr em causa o poder de tomada de decisão das famílias, ou suplantar as suas redes sociais de apoio com determinados serviços profissionais. “Fortalecer” designa, desta forma, traçar a intervenção com base nas “forças” da família, ou seja, naquilo que a família tem de bom, de forma a encorajar a mobilização de recursos da sua rede de suporte (idem).

Este trabalho de investigação pretende debruçar-se sobre a problemática das famílias apoiadas em Intervenção Precoce (IP) devido aos riscos de que são alvo as suas crianças (sejam de tipo biológico, envolvental/ambiental ou estabelecido) e a percepção que estas famílias têm da IP, pelo facto de todas as semanas entrar um técnico em suas casas e das suas reais necessidades/expectativas.

Pretende-se pois, elaborar um estudo exploratório em famílias que estão a ser apoiadas pela intervenção precoce no concelho de Estarreja, constituído por sete freguesias.

A primeira parte do presente relatório é constituída por três capítulos onde realizamos uma contextualização teórica, a nosso ver fundamental para proporcionar uma melhor

compreensão deste estudo, assim organizada: Capítulo 1 – Intervenção Precoce: dos conceitos às práticas; Capítulo 2 – Da Intervenção Precoce centrada na Criança à Intervenção Precoce centrada na Família; e Capítulo 3 – Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce.

A segunda parte, correspondente ao estudo empírico, é constituída por dois capítulos: Capítulo 4 – Opções Metodológicas e Capítulo 5 - Apresentação e Discussão dos resultados, onde será feita uma análise da investigação empírica.

Finalizamos este trabalho com as considerações finais e breve reflexão final, numa perspectiva de termos aberto caminho para que no futuro, sejam realizados novos estudos, bem como novas pesquisas neste domínio.

Primeira Parte

Enquadramento Teórico

Capítulo 1 – Intervenção Precoce: dos conceitos às práticas

1 - Intervenção Precoce

1. 1 - Evolução histórica do Conceito

O conceito de Intervenção Precoce tem sofrido ao longo dos tempos um processo evolutivo, quer ao nível do próprio constructo teórico, quer ao nível das práticas, como consequência da investigação científica que tem sido realizada neste campo.

Destinando-se a Intervenção Precoce a crianças até à idade escolar que estejam em risco de desenvolvimento, que manifestem deficiência ou necessidades educativas especiais, tem como objectivo minimizar os efeitos desses factores do seu desenvolvimento.

Numa fase inicial da investigação, para a emergência em Intervenção Precoce identificou-se a família como o foco essencial na intervenção com crianças em risco ou com necessidades especiais. Assim, o passado da Intervenção Precoce é composto por diferentes aspectos e que de alguma forma estão relacionados com a inerente evolução histórica, política, económica e social que a Sociedade sofreu até aos nossos dias.

Segundo Bailey & Wolery (1992), a Sociedade tornou-se mais preocupada com a infância, com o seu bem-estar, com a sua educação, com os cuidados de Saúde Primários, partindo do desígnio de que a qualidade das primeiras experiências de vida da criança é crucial para o seu desenvolvimento físico, emocional, social e cognitivo. Em conjunto com esta preocupação, aparecem também preocupações com a qualidade dos espaços frequentados pelas crianças que se desencadeia em diferentes cenários para além da casa, em consequência da mudança do papel que a mulher passou a realizar fora da esfera doméstica, tomando parte activa logo após o nascimento dos filhos.

A história da educação da infância contribuiu significativamente para a construção do conceito de intervenção precoce.

Na perspectiva de Meisels & Shonkoff (1990), a elaboração de currículos centrados na criança, a ênfase na socialização da criança fora da esfera familiar, a aplicação das teorias desenvolvimentais à prática educativa e a valorização das experiências dos primeiros anos de vida da criança e a sua influência nas competências sociais, emocionais e intelectuais futuras vão influenciar fortemente os serviços de intervenção precoce.

1.1.1 A nível Internacional

Apesar da prática da Intervenção Precoce (IP) em Portugal ser relativamente recente, a nível internacional, fruto do desenvolvimento científico da área da Educação Especial em geral, a IP começou mais cedo a dar os seus primeiros passos. A evolução dos modelos e práticas de Intervenção Precoce, apoiaram-se em razões histórico-sociais e em investigações no campo da psicologia do desenvolvimento.

Aqueles que podemos apontar como os primeiros programas de Intervenção Precoce aparecem nos anos 60 nos Estados Unidos. Estes programas tinham duas vertentes: a vertente terapêutica e a vertente compensatória (Cruz et al., 2003) .

De acordo com a vertente terapêutica, os programas assumem uma perspectiva psicodinâmica onde são valorizadas as dimensões sócio-emocionais, funcionando os adultos e os contextos envolventes como facilitadores para ajudar a criança a superar os períodos mais sensíveis, até atingir a maturidade. O seu enfoque dirigia-se em primeiro lugar, à criança que era considerada o centro dos problemas e posteriormente aos adultos no sentido de os apoiar na sua tarefa.

Na vertente compensatória, temos os programas de educação compensatória, de que é exemplo o programa Head Start, que se apoiava num modelo educacional, de cariz deficitário, remediativo e incidindo, essencialmente na criança. Estes tinham um âmbito abrangente e multidimensional que se traduzia na preocupação de envolver a família a diferentes níveis (na sala de jardim-de-infância, nos aspectos organizativos etc.) e na implementação de respostas que incluíam aspectos educativos, sociais e de saúde.

O objectivo principal era proporcionar às crianças, de meios socio-económicos desfavorecidos, uma estimulação intensiva antes da entrada para a escola, no sentido de evitar insucessos futuros (Meisels & Shonkoff, 2000).

Nos anos 70 assistimos, nos Estados Unidos, a um incremento dos programas de Intervenção Precoce nas quais predominava a perspectiva de análise comportamental aplicada (modelo comportamental), destacando a importância da aprendizagem no desenvolvimento da criança. Este modelo incidia nos profissionais e/ou serviços que davam instruções aos pais para que estes, por sua vez, interagissem com os seus filhos no sentido de lhes ensinarem novas competências, reduzirem comportamentos inadequados e generalizarem competências já adquiridas (Meisels & Shonkoff, 2000).

Nos anos 80, predomina uma tendência de individualização dos programas de Intervenção Precoce. Uma prática que advém das críticas feitas à generalização do modelo de treino de pais, nem sempre adequado a todas as situações, defendendo a diferenciação e individualidade das situações.

Deste modo, reconhece-se à família a importância da sua participação activa, olhando-se para esta enquanto um todo sistémico.

Da mesma forma que a industrialização, o crescimento urbano e a escolarização do séc. XIX criaram um campo fértil no desenvolvimento da educação de infância, a permanência de taxas altas de mortalidade infantil levou a uma preocupação com a saúde das crianças. A atenção prestada à mortalidade e à precariedade da saúde infantil, a preocupação com o trabalho infantil e a saúde das crianças pobres, originou a criação, em 1912, nos EUA, do Children's Bureau . Tratava-se de uma legislação específica para investigar e registar tudo o que dizia respeito à vida e bem-estar de todas as crianças. O primeiro relatório fez despontar a necessidade de se dar uma particular importância às crianças que eram “anormais” ou “subnormais” ou que sofriam de doenças físicas ou mentais (Meisels & Shonkoff, 2000). Os dados que emergiam desses estudos justificavam por si só a criação de serviços públicos maternos-infantis.

Outra dimensão fundamental para a construção do conceito de intervenção precoce foi a contribuição das investigações científicas realizadas ao nível do estudo do desenvolvimento da criança. Ao longo da história da psicologia do desenvolvimento,

vários trabalhos de investigação contribuíram para sublinhar a importância das relações precoces, salientando-se os estudos de Skeels e Dye (1939) e de Sptiz (1945), que analisaram o impacto da qualidade do ambiente no desenvolvimento da criança, nomeadamente através das relações prestador de cuidados/criança (Dunst, 1996; Meisels & Shonkoff, 2000). Estes estudos reflectem a maleabilidade do desenvolvimento humano precoce, estabelecendo um racional para uma intervenção nos primeiros anos de vida.

Também na área da educação especial, a evolução do conceito de intervenção precoce está estreitamente relacionada com a sua história, constituindo um contributo importante para a sua compreensão.

No entanto, é nos anos 90 que a família é verdadeiramente reconhecida como um componente fulcral de todo o processo de intervenção. A família é, assim, considerada como um parceiro indispensável, considerando-se o seu nível de envolvimento uma condição decisiva na conquista de resultados, sendo imprescindível, para o sucesso da intervenção, a cooperação entre os profissionais e a família.

1.1.2 Em Portugal

Como referenciamos anteriormente, no nosso país o reconhecimento da importância dos primeiros anos de vida no processo de desenvolvimento futuro verificou-se mais tardiamente do que nos outros países. Assim, em Portugal, do ponto de vista histórico, é importante recordar a existência no campo da educação especial de aspectos fulcrais, ligados a determinados períodos de tempo, que imprimem à educação especial, neste caso, à intervenção precoce, características muito próprias. Bastará recordar, que a intervenção precoce, seguiu um percurso que desde muito cedo lhe conferiu uma relativa identidade e uma fundamentação que lhe permite ter hoje um estatuto próprio, diferenciado da educação especial vigente (Santos, Portugal & Simões, 2004).

Iniciada nos anos 60 com os “Serviços de Orientação Domiciliária” (S.O.D), do então Ministério da Saúde e Assistência, este apoio, visava apoiar crianças com deficiência visual e suas famílias dentro de um modelo de saúde pública.

Nessa fase, esse serviço prestado por profissionais de enfermagem e que se estendia a nível nacional, revelou a importância para as crianças e suas famílias, de um apoio directo e de uma organização de recursos que muito fizeram para a diminuição dos problemas de visão (Santos et al., 2004).

A partir de 1972, após a extinção deste serviço, as equipas de Orientação Domiciliária (OD), assumem nas áreas de Lisboa e Porto, o compromisso de apoio aos pais de crianças com deficiência e são integradas, em 1987, na Direcção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica (DSOIP), do Ministério dos Assuntos Sociais. Valorizava-se a intervenção directa junto da criança pelo técnico, que tinha o poder de tomada de decisão e era, conseqüentemente, o especialista do programa. Às famílias era pedido que cooperassem como agentes no programa definido pelo técnico (Santos et al., 2004).

Em 1973 foram criadas no Ministério da Educação, as Equipas de Educação Especial (EEE's), extintas em 1997 para dar lugar ao actual sistema de Apoios Educativos. Estas eram constituídas por docentes de todos os níveis de ensino e vieram trazer um cariz mais educativo ao atendimento da população com deficiência ou em risco de atraso de desenvolvimento. A população com idade inferior a três anos, com risco de atraso de desenvolvimento, era atendida pelos educadores de infância das EEE's, quer estivessem a frequentar creche, quer permanecessem no domicílio. Às famílias, era pedido que desempenhassem o papel de coadjuvantes na intervenção, continuando o poder da tomada de decisão na mão do técnico. A Educação Especial e a Intervenção Precoce são, de facto, dois campos de actuação que se interpenetram e complementam.

Esta viragem foi também intensamente vivida no contexto do Projecto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra (PIIP). O PIIP nasceu em Setembro de 1989 e resultou de uma articulação entre a Administração Regional de Saúde (ARS), a Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM), a Direcção Regional de Educação do Centro (DREC), o Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social de Coimbra (CDSSSC) e o Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC) com o objectivo de desenvolver uma estrutura que garantisse, a detecção precoce das situações de crianças em risco de atraso de desenvolvimento e a conseqüente intervenção, objectivando promover circunstâncias favorecedoras de processos de

desenvolvimento saudáveis, numa lógica de acção de base comunitária e de articulação de serviços preexistentes (Cruz et al., 2003).

Ao longo da primeira metade da década de 90, muitas outras estruturas de IP foram surgindo no país, assinalando-se a existência em 1994 de 37 estruturas de IP em todo o país, repartidas entre os serviços públicos e privados. Este processo culminou em 1999 com a publicação de um Despacho Conjunto do Ministério do Trabalho e Segurança Social (MTSS), Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (ME) (n.º 891/99 de 19 de Outubro) onde se procura regulamentar a prática da IP em Portugal (Cruz et al., 2003).

Devido à influência procedente do movimento de modificação do comportamento o papel passivo dos pais alterou-se para um papel de participantes activos como co-terapeutas dos filhos.

Actualmente deparamo-nos com a necessidade de alargar os esforços da intervenção para o contexto comunitário onde se insere a família. Estas sucessivas alterações têm origem nas contribuições conceptuais do Modelo Ecológico de Desenvolvimento de Bronfenbrenner (1979) e o Modelo Transaccional de Desenvolvimento de Sameroff e Chandler (1975), que iremos desenvolver no capítulo 2.

A ênfase na importância do desenvolvimento da criança e as influências ambientais como determinantes deste desenvolvimento foram fundamentais para a consciencialização dos benefícios potenciais da intervenção precoce.

1.2 - Os Programas de Intervenção Precoce

Os anos 60 foram um marco na era da moderna Intervenção Precoce e na importante consciencialização de todos, não só dos decisores políticos mas de toda a Sociedade em geral.

Segundo Richmond e Ayoud (1993 cit. por Meisels & Shonkoff, 2000), esta fase tinha implícitas três ideias:

- a responsabilidade da sociedade no cuidado e protecção das crianças;

- a atenção a dispensar às necessidades educativas especiais das crianças vulneráveis, especialmente as que tinham incapacidade ou eram oriundas de ambientes pobres;
- a convicção de que a prevenção seria melhor que o tratamento e que a Intervenção Precoce seria mais eficaz do que a remediação.

Segundo os autores Bailey & Wolery (1992, cit. por Bairrão, 1994), a educação compensatória procurava prevenir o insucesso escolar futuro, proporcionando experiências pré-escolares às crianças socialmente desfavorecidas

Apesar destes programas de educação compensatória não eliminarem o insucesso escolar, nem outras condições a que normalmente se associam as pessoas que vivem em condições sociais muito desvantajosas (como por exemplo a dependência de subsídios da Segurança Social ou a delinquência), vão chamar a atenção para a necessidade de os programas serem explícitos, com objectivos claros e exequíveis. Este é pois, um legado importante a ter em conta na Intervenção Precoce (Meisels & Shonkoff, 2000).

Enquanto nos anos 60 a atenção estava direccionada sobretudo para as crianças oriundas de famílias de nível sócio-económico baixo, nos anos 70 há um grande investimento nas necessidades das crianças com incapacidades e na formação de profissionais para trabalharem com estas crianças.

A educação especial ao nível da educação de infância tornou-se uma prioridade assim como a formação de educadores de infância especializados, tendo início um conjunto de orientações para a certificação desta nova dimensão de educação pré-escolar (Stile, Abernathy, Pettibone & Wachtel, 1984, cit. por Meisels & Shonkoff, 2000).

As famílias funcionam como mediadoras entre o indivíduo e a sociedade, uma vez que o sistema familiar se insere num sistema ecológico social mais abrangente e é influenciado pelas metamorfoses existentes na comunidade e na sociedade. Esta complexa relação de sistemas motiva a uma maior compreensão e interdependência de diversos factores, o que influencia determinantemente o desenvolvimento global da criança. Compreendemos, hoje em dia, a influência que a família, vizinhos e amigos desempenham ao providenciar estruturas de apoio no auxílio às complexas tarefas dos pais. Assim, a construção do conceito de Intervenção Precoce vai ser alicerçado em

quatro dimensões que lhe estão próximas: a educação de infância; a saúde materno infantil; a educação especial e a psicologia do desenvolvimento.

Com a atribuição de uma importância fulcral à infância enquanto período único na integração das primeiras experiências de vida e destas experiências como factor fundamental no crescimento e desenvolvimento da criança, levou à evolução e desenvolvimento da educação de infância (Dunst, 1996; Richmond & Ayoud, 1993; Meisels & Shonkoff, 2000).

Os programas de intervenção precoce implementados durante os anos 60 e 70 reflectiam uma intervenção centrada na criança, realçando a sua condição de incapacidade ou risco, enfatizando o impacto da remediação que as condições proporcionadas pelo ambiente teriam na qualidade e no desenvolvimento futuro da criança.

Estes programas rapidamente se espalharam pelos diferentes países, no entanto são muitas as diferenças que os caracterizam, nomeadamente, os critérios de elegibilidade, os currículos utilizados, os modelos de formação dos técnicos e a avaliação.

Como afirma Pimentel (1997), actualmente os programas de Intervenção Precoce reúnem um consenso no que se refere aos princípios gerais que os orientam, isto é, todos parecem aceitar que os programas se devem centrar na família e nas necessidades por elas identificadas e não apenas na criança com necessidades educativas especiais).

1.3 - Definições do conceito

Na opinião de Bailey & Wolery (1992), o termo Intervenção Precoce tem sido utilizado para descrever um conjunto de serviços destinados a crianças com necessidades educativas especiais e às suas famílias.

Neste sentido, várias definições têm acompanhado a evolução do conceito de Intervenção Precoce. Assim, para Bricker, Bailey e Bruder (1984), a Intervenção Precoce evidenciava-se por um conjunto de esforços que tinham como objectivo eliminar défices já existentes ou que se previam poderiam vir a existir nas crianças nos

primeiros trinta e seis meses de vida, utilizando intervenções terapêuticas ou educacionais.

Dunst (1985) propõe-nos uma descrição mais alargada de Intervenção Precoce, como um processo de disponibilizar apoio e recursos às crianças e famílias, por membros de redes de suporte social (formal e informal) que têm efeitos directos ou indirectos na actividade da criança e da família.

Shonkoff & Meisels (1990) citam uma definição de Intervenção Precoce, que consiste na prestação de serviços multidisciplinares a crianças com incapacidades ou em situação de risco, desde o nascimento até aos três anos de vida e às suas famílias.

Os mesmos autores na sua recente edição do Handbook of Childhood Intervention, apresentam uma definição mais alargada (Shonkoff & Meisels, 2000, p. XVIII):

A Intervenção Precoce consiste na disponibilização de serviços multidisciplinares a crianças dos 0 aos 5 anos de forma a promover a saúde e o bem estar, aumentando as competências emergentes, minimizando os atrasos de desenvolvimento, remediando as incapacidades existentes ou emergentes, prevenindo a deteriorização funcional e promovendo a adaptação parental e o funcionamento da família. Estes objectivos são completados pela disponibilização de serviços desenvolvimentais, educacionais e terapêuticos individualizados para as crianças e apoio para as famílias.

Para Thurman (1997), o termo Intervenção Precoce pode ser definido como um conjunto de serviços concebidos a partir de uma parceria estabelecida com as famílias, com o objectivo de lhes proporcionar o seu bem-estar e o bem-estar das crianças em risco biológico ou ambiental. Segundo esta autora, em termos genéricos o termo Intervenção Precoce pode ser aplicado aos serviços prestados às crianças desde o nascimento até aos 5 anos e às suas famílias.

Convictos de que tradicionalmente a Intervenção Precoce focaliza-se para crianças mais pequenas (0 aos 3 anos), é numa perspectiva mais alargada de Intervenção Precoce (0 aos 6 anos), que nos vamos situar ao longo deste trabalho, uma vez que a legislação portuguesa que enquadra legalmente a Intervenção Precoce (Despacho Conjunto nº 891/99 de 19 de Outubro), refere no ponto 3.1 que:

a intervenção precoce tem como destinatários crianças até aos 6 anos de idade, especialmente dos 0 aos 3, que apresentem deficiência ou risco de atraso grave do desenvolvimento .

Mais recentemente, o Decreto-Lei 3/2008, que define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos sectores público, particular e cooperativo, também salvaguarda no seu artigo 27º, os Programas de IP, nomeadamente, com a criação de agrupamentos de escolas de referência para a colocação de docentes, para esta valência.

1.4 - Objectivos da Intervenção Precoce

Os programas de Intervenção Precoce que têm surgido, procuram acompanhar a evolução que se tem feito sentir nesta área e foram ampliados a partir de diferentes iniciativas ao nível da Saúde, Educação e Serviço Social, distinguindo-se na filosofia que os orienta e nas práticas (Dunst, 1996). No entanto, Bailey e Wolery (1992, p. 32) sugerem sete objectivos básicos que deverão estar subjacentes na Intervenção Precoce:

- Apoiar as famílias no sentido de as ajudar a atingir os seus próprios objectivos;
- Promover o envolvimento, independência e competências da criança;
- Promover o desenvolvimento da criança em áreas-chave;
- Promover e apoiar as competências sociais da criança;
- Promover a generalização das capacidades da criança;
- Proporcionar à criança experiências de vida normalizantes;
- Prevenir a emergência de problemas e alterações no futuro.

Em Portugal, o Despacho Conjunto nº 891/99, já citado na Introdução, é o documento que veicula a Intervenção Precoce como uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família e aconselha determinadas acções de natureza preventiva e habilitativa, enunciando no seu ponto 5, três grandes objectivos da Intervenção Precoce:

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

Em qualquer das situações, a operacionalização destes objectivos, vai depender da forma como os programas de Intervenção Precoce vão ser concebidos e desenhados, da formação dos profissionais implicados, dos cenários/contextos onde irá decorrer a intervenção e do envolvimento das famílias em todo o processo.

Em suma, a Intervenção Precoce é uma medida orientada para a prestação de serviços educativos, terapêuticos e sociais a crianças/famílias em risco com o objectivo de minimizar efeitos nefastos ao seu desenvolvimento. A IP prioriza o papel das famílias de forma a desenvolver as suas competências, procurando capacitá-las, cada vez mais, para o acompanhamento das suas crianças.

2 - Da identificação à Intervenção: Um percurso dentro de um Processo

2.1 - Elegibilidade para a Intervenção Precoce

Segundo Benn (1993) e Brown & Brown (1993), definir a população (crianças e famílias) que deverá beneficiar dos serviços de intervenção precoce é uma tarefa difícil e nem sempre consensual.

As crianças que apresentam incapacidades, com sinais físicos visíveis, são facilmente identificadas pelos serviços de saúde (Hospital, Centro de Saúde), logo após o nascimento. No entanto, nas situações que são menos evidentes, em consequência de condições biológicas, psicológicas ou sociais desfavoráveis, esta identificação pode acontecer tardiamente ou passar até inobservada.

Brown e Brown (1993) identificaram três categorias que podem ser referenciadas/elegíveis para IP, na definição de crianças com incapacidades:

- a primeira categoria inclui as crianças com risco estabelecido. Neste grupo estão incluídas as crianças que têm um diagnóstico de condições físicas ou mentais graves e por isso têm grande probabilidade de apresentarem atrasos no seu desenvolvimento. São aqui consideradas as crianças com anomalias cromossómicas (por exemplo o Síndrome de

Down), alterações sensoriais e emocionais graves, anomalias metabólicas, microcefalia, síndrome alcoólico fetal, entre outras.

- a segunda categoria inclui as crianças com atraso no desenvolvimento. Neste grupo são consideradas as crianças que apresentam atrasos numa ou mais áreas do seu desenvolvimento.
- a terceira categoria diz respeito às crianças em risco. São as crianças que por condições biológicas ou ambientais adversas podem ter o seu desenvolvimento comprometido no futuro.

O termo “em risco”, tal como Brown & Brown (1993) o definem, refere-se àquelas crianças que embora não apresentem qualquer sintoma “anormal”, têm associado à sua história clínica um conjunto de factores biológicos e ambientais que poderão indiciar futuros atrasos no seu desenvolvimento. Podem assim, ser definidas duas categorias principais de risco: Risco Biológico e Risco Ambiental.

No Risco Biológico, são incluídas as crianças com antecedentes e histórias clínicas e familiares que poderão originar atrasos no desenvolvimento, por exemplo, baixo peso ao nascer, anóxia ou alterações e doenças no recém-nascido. Associada a esta categoria, está o conceito de Pasamanick e Knoblock (1973, cit por Brown & Brown, 1993) “reproductive casualty” no qual os factores genéticos, pré-natais e peri-natais originariam de uma forma determinada atrasos no desenvolvimento da criança. Esta linearidade é confrontada por estudos empíricos que apontam o facto de que ambientes estimulantes ajudam a criança a ser capaz de ultrapassar os problemas (Brown e Brown, 1993).

No Risco Ambiental, estão incluídas as crianças cujas histórias pessoais e familiares estão associadas a alterações do ambiente familiar ou a problemas sociais graves e que poderão também provocar atrasos no desenvolvimento da criança.

Tal como no risco biológico, não há relação linear entre os factores de risco e os possíveis défices que daí poderão advir. Isto é, se houver uma intervenção adequada e atempada, pode haver uma alteração neste determinismo imposto pelas condições ambientais adversas (Bairrão, 1994).

2.2 - Avaliar para Intervir

A avaliação é um dos aspectos fundamentais em todo o processo de Intervenção Precoce.

Neste sentido, Bailey e Wolery (1992) sugerem oito objectivos fundamentais no processo de avaliação:

- Determinar a elegibilidade das crianças para os programas de Intervenção Precoce;
- Identificar objectivos de intervenção adequados, a nível desenvolvimental e funcional;
- Identificar os estilos únicos, as forças e estratégias de “coping” de cada criança;
- Identificar os objectivos das famílias em relação aos seus filhos e às suas próprias necessidades;
- Construir e reforçar o sentido de competência dos pais;
- Desenvolver uma perspectiva de avaliação partilhada e integrada acerca das necessidades da criança e da família;
- Criar um compromisso para os objectivos da intervenção;
- Avaliar a eficácia dos serviços para as crianças e as famílias.

Estes objectivos reflectem uma metamorfose na abordagem tradicional de avaliação que apenas se centrava na criança. Esta nova perspectiva envolve a família no processo de avaliação, tornando essa avaliação adequada a cada família e a cada criança, num determinado contexto, contrariamente ao que se passava na avaliação tradicional em que os recursos eram os mesmos para todas as crianças.

Para McWilliam (2003), o envolvimento da família no processo de avaliação pode proporcionar e aperfeiçoar a informação necessária para um primeiro passo, no sentido da definição dos objectivos da avaliação e de intervenção.

A perspectiva de avaliação centrada na família foi influenciada pela evolução que se fez sentir, como vimos, ao longo das últimas décadas na conceptualização da intervenção precoce. A avaliação em Intervenção Precoce, tal como é preconizada actualmente, deverá ser centrada na família, na criança e nos seus contextos de vida (Bairrão, 1994), sendo que a participação das famílias assumem uma importância particular neste processo.

Segundo McWilliam (1996 a), os programas de Intervenção Precoce inicialmente avaliavam a criança através de testes standarizados ou Checklists. A mudança de um paradigma de intervenção precoce centrada na criança para um paradigma de intervenção precoce centrada na família influenciou a forma como é processada a avaliação.

Krauss (2000) refere três contributos importantes que estão subjacentes a esta tomada de consciência e orientam uma avaliação centrada na família: o Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (1979) como já foi referenciado; os estudos desenvolvidos por Pearlin, Mullan, Semple e Skaff (1990) sobre os mecanismos de *stress* e *coping* das famílias e os princípios subjacentes aos modelos de fortalecimento (*empowerment*) da família desenvolvidos por Dunst e colaboradores (Dunst & Trivette, 1986; Dunst, Trivette & Cross, 1986; Dunst, Trivette & Deal, 1988) e Turnbull & Turnbull (1995).

O modelo de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner surge como um contributo importante, pois chama a atenção para a influência que a família, como o ambiente mais próximo da criança, exerce sobre o seu desenvolvimento. A sua teoria, apoiada na importância das interacções recíprocas entre a criança e os múltiplos ambientes onde ela se desenvolve, destaca a necessidade de se conhecer a sua natureza e compreender os contextos onde estas interacções acontecem. A reciprocidade das interacções entre a criança e o ambiente vai justificar a avaliação da criança e da família.

Os padrões de interacção familiar (qualidade das transacções pais/crianças; experiências que a família proporciona à criança, condições de segurança e saúde providenciadas pelas família), são eles próprios influenciados pelas características da família (como por exemplo as atitudes parentais, as crenças, o funcionamento psicológico, estilos de *coping*, rede social de apoio de apoio e recursos). Quando as características da família estão dentro de níveis normativos, existe uma correlação com as expectativas em termos de desenvolvimento da criança. Quando as características são adversas, como por exemplo, a depressão materna ou um apoio inadequado, os padrões de interacção vão comprometer o desenvolvimento da criança (Krauss, 2000).

Ainda segundo Krauss (2000), outro contributo que influenciou também a forma como é actualmente direccionada a avaliação em intervenção precoce, é a aplicação das teorias

de adaptação parental à educação de crianças com necessidades educativas especiais. Estas teorias centram a sua atenção nos diferentes aspectos do microssistema, onde surge a família como primeira responsável pela prestação de cuidados da criança e no mesossistema, que constituem os outros sistemas com os quais a família interage e dos quais também recebe influências.

Os estudos desenvolvidos por Pearlin e colaboradores (Pearlin, Mullan, Semple & Skaff, 1990; Pearlin & Shooler, 1978; Pearlin, Liberman, Menaghham & Mullan, 1981, cit. Por Krauss, 2000) sobre os factores de *stress* e estratégias de *coping* nos prestadores de cuidados nas famílias de doentes com Alzheimer, permitiu compreender as experiências vivenciadas por estas famílias e que de alguma forma se assemelham às experiências vivenciadas pelas famílias de crianças com um desenvolvimento atípico e que provocam alterações nas rotinas familiares.

O terceiro contributo articula-se com os modelos de fortalecimento (*empowerment*) da família, desenvolvidos por Dunst, Trivette e Deal (1988, 1994) e por Turnbull e Turnbull (1995).

Dunst, Trivette e Deal (1988) desenvolvem um modelo de relações pais/profissionais que é delineado dentro de um programa de Intervenção Precoce, para aumentar o funcionamento da família, através de um processo de fortalecimento (*empowerment*).

Estes modelos são baseados em estratégias que ajudam as famílias a identificar e atingir os objectivos por si definidos, destacando um aspecto muito importante e que se relaciona com a transferência de poder dos profissionais para as famílias (Turnbull, Turbiville & Turnbull, 2000).

Do trabalho destes autores emerge o facto de ser mais importante o que a família identifica como necessidade e não o que os profissionais acham que é melhor para ela. Assim, o modelo de fortalecimento da família é baseado na criação de auto-sustentação e de comportamentos adaptativos, enfatizando o crescimento de todos os membros da família e fazendo aparecer competências intrínsecas que existem em todas as famílias. A utilização de recursos naturais e formais nos ambientes próximos da família apoia e sustenta a sua identificação de objectivos e capacidades (Krauss, 2000).

A avaliação das necessidades individuais da família tornou-se importante nos últimos anos por permitir uma selecção mais cuidada e adequada da intervenção ou sinalização para os serviços de Intervenção Precoce. Cada família tem o direito de ser respeitada na sua individualidade, proporcionando-se um trabalho de parceria com todos os profissionais envolvidos no processo (Winton, 1996).

Pensamos pois que, ao encaminharem o seu trabalho para as necessidades e preocupações da família, os profissionais de intervenção precoce podem estabelecer relações de confiança e de colaboração com as famílias, ajudando-as a atingir os seus próprios objectivos e em última análise, cooperar para a integração da criança e dos outros membros da família.

2.3 - Contextos de Intervenção

Como já anteriormente referimos, a Intervenção Precoce pode ser caracterizada por um conjunto de serviços, sendo que esses serviços não são apenas proporcionados por um número variado de profissionais e disciplinas, mas também porque ocorre numa variedade de sistemas e cenários. Entender a Intervenção Precoce e as suas práticas, requer uma compreensão da natureza desses sistemas e cenários. Em conjunto, definem o contexto onde acontece a intervenção precoce. Assim, todo o processo de intervenção precoce é influenciado pelos sistemas e contextos onde este decorre (Thurman, 1997).

Actualmente, e tendo em conta os pressupostos que enquadram a Intervenção Precoce, espera-se que esta decorra num ambiente familiar para a criança.

Os profissionais de Intervenção Precoce devem estar preparados para responder às famílias e às crianças no meio onde estes se encontram, conscientes de que por vezes as condições de vida são diferentes das que eles estão habituados.

Assim, um dos contextos mais frequentes para a Intervenção Precoce passou a ser o domicílio que é visto como o centro de vida da família. Para além do espaço físico que caracteriza, o domicílio é sobretudo um espaço social e emocional, com valores e crenças, costumes e atitudes. As características físicas, sociais e emocionais do domicílio, assim como as características da família (constituição do agregado familiar,

padrões de interação, hábitos da família), devem ser identificadas pelos profissionais, no sentido de serem proporcionados serviços adequados ao seu funcionamento (Mott, 1997).

Mott (1997) refere a importância de se celebrar parcerias entre as famílias e os profissionais, de a intervenção se focar a partir das necessidades e forças da família, de se identificar e mobilizar múltiplos recursos para ajudar as famílias a satisfazerem as suas necessidades. Salienta ainda o facto de se utilizarem estratégias atendendo à diversidade cultural e técnicas de comunicação adequadas. Esta autora refere ainda alguns aspectos que devem ser tidos em conta como por exemplo, o horário da visita, que deverá ser negociado com a família de forma a adaptar-se ao seu estilo de funcionamento.

Os programas de intervenção precoce centrados no domicílio podem ser favoráveis quando por exemplo, as crianças referenciadas são muito frágeis ou quando os pais têm dificuldade em transportá-los para outro contexto. Esta situação pode ser vantajosa pois as crianças permanecem no seu ambiente natural, mas por outro lado, também poderá constituir uma desvantagem pelo facto de as crianças não terem a oportunidade de interagir com os seus pares (Bailey & Wolery, 1992).

Assim, a importância de se diversificar os contextos em que a intervenção decorre, está relacionada com a filosofia da inclusão. As crianças até aos três anos de idade que não estão ao cuidado exclusivo das famílias, poderão estar inseridas em creches, estando assim em ambientes idênticos aos seus pares.

Outro contexto para a Intervenção Precoce passou a ser o Jardim-de-infância, atendendo crianças dos 3 aos 6 anos, onde as crianças com necessidades educativas especiais crescem com os seus pares, podendo participar em conjunto nas actividades típicas deste contexto (Gottwald & Pardy, 1997). Os ambientes inclusivos favorecem o desenvolvimento das crianças com necessidades educativas especiais (Guralnick, 1997).

Uma das vantagens alusivas no contexto de Jardim-de-infância é o facto de ser facilitado o acesso para a escola primária, proporcionando-se uma continuidade nos serviços. No entanto, um dos obstáculos identificados neste contexto é o facto de os educadores terem que fazer itinerância o que poderá trazer algumas dificuldades,

nomeadamente no que se refere ao tempo despendido, à fragmentação de serviços e à inadequação de horários. A itinerância pode também dificultar e balizar o trabalho de colaboração entre os educadores do ensino regular e os educadores de apoio educativo, se não forem tomadas algumas precauções, como por exemplo, encontrar espaços para reuniões, onde os educadores possam planificar e avaliar em conjunto (Gottwald & Pardy, 1997).

É fundamental encontrar um caminho para que em qualquer dos contextos em que a criança esteja inserida, corresponda ao conceito e à filosofia de intervenção precoce centrada na família, podendo constituir um recurso para a comunidade, quer na intervenção com crianças com necessidades educativas especiais, quer na satisfação das famílias envolvidos neste campo.

No caso concreto da Equipa de Intervenção Directa de Estarreja (EID), foi neste ano lectivo de 2008/2009 concretizado um grande objectivo de já algum tempo, ou seja, foi-nos adstrito um espaço onde a Equipa reúne, planifica e avalia em conjunto, as diversas situações das famílias do Concelho.

É também neste espaço que acolhemos as famílias que se dirigem a nós, procurando proporcionar-lhes um elevado grau de satisfação, durante o período de tempo que permanecem na Instituição.

Capítulo 2 – Da Intervenção Precoce centrada na Criança à Intervenção Precoce centrada na Família

1 - O papel da família na Intervenção Precoce

Tal como foi referido anteriormente, a Intervenção Precoce assistiu abertamente à mudança de uma perspectiva centrada na criança, para uma perspectiva centrada na família, onde esta, como contexto imediato da criança, adopta um carácter influente na forma de atendimento à criança com necessidades especiais.

Dado que o mundo da criança é constituído primordialmente pela sua família, a Intervenção Precoce não pode centrar-se unicamente na criança, tornando-se essencial e de extrema importância envolver a família em todo o processo de intervenção. É através das interacções com os profissionais e com a família que a criança pequena desenvolve laços emocionais, torna-se ser social e constrói o significado das suas acções, logo, uma intervenção adequada junto destas crianças exige uma capacidade do profissional de tomar atenção à família como um todo, e não olhar para a criança como isolada do seu contexto.

A importância do envolvimento da família no processo de intervenção com a criança tem sido bastante advogada nos últimos anos, no campo da Intervenção Precoce (Simeonsson e Bailey, 1990). Os trabalhos de Carl Dunst e colaboradores (1988) contribuíram de forma expressiva para que se introduzisse em IP o conceito de *empowerment*, extremamente importante para a melhoria do envolvimento da família na intervenção. Este conceito enfatiza uma abordagem centrada no trabalho com as famílias, cujos principais objectivos são a capacitação, co-responsabilização e fortalecimento das famílias (McWilliam et al., 2003).

A capacitação ou *enabling* das famílias poderá ser entendida enquanto criação de oportunidades para os membros da família se sentirem mais competentes, independentes e autónomos. A “Co-responsabilização” significa intervir de maneira a que os membros

da família consigam captar controlo sobre a sua vida. Isto significa que as famílias experienciam o sucesso ao conseguirem aceder aos recursos, formais e informais, e ao aumentarem a confiança nas suas próprias capacidades para resolverem desafios futuros.

Outro pressuposto importante da intervenção centrada na família, apresentado por McWilliam *et al* (1996 b), é o do “fortalecimento das famílias” e dos seus contextos de vida, sem nunca, é claro, pôr em causa o poder de tomada de decisão das famílias, ou suplantando as suas redes sociais de apoio com determinados serviços profissionais. “Fortalecer” significa, desta forma, alinhar a intervenção com base nas “forças” da família, ou seja, naquilo que a família tem de bom, de forma a encorajar a mobilização de recursos da sua rede de suporte.

Ao longo da intervenção, as famílias devem alcançar uma grande variedade e diversidade de competências que lhes permita tornarem-se cada vez mais capazes de satisfazer as suas necessidades, através da mobilização dos seus recursos. Neste sentido, ampliar a aquisição de competências significa providenciar às famílias as necessárias informações e aptidões para que cada família se torne autónoma.

Segundo autores como Dunst, Trivette e Deal (1988), os serviços de IP prestados à família devem ser baseados nos recursos formais e informais existentes na comunidade, de forma a capacitar e a co-responsabilizar a família na obtenção das necessidades e prioridades apontadas por ela própria. Assim sendo, uma intervenção que não tenha em conta a realidade de vida da família, perde sentido na Intervenção Precoce. Uma abordagem “capacitante” da IP promove a autonomia e a auto-estima das famílias, ao acrescentar um aumento das suas competências e capacidades para cuidarem dos seus filhos. Esta forma de intervenção pretende capacitar as famílias na tomada de decisão sobre o que consideram que deverão ser os serviços de Intervenção Precoce para os seus filhos, bem como decidir sobre a forma como querem participar nesse processo (Cruz, *et al.*, 2003).

Assim e tendo como base este modelo conceptual e os resultados de várias investigações bem como a prática dos próprios profissionais no terreno, as famílias foram assumindo um papel decisivo na IP, ao mesmo tempo que foi dada uma progressiva ênfase às relações, tanto entre a criança e os pais, como na relação pais-

profissionais. Estas recentes considerações, obrigaram a uma mudança crucial dos padrões tradicionais de serviços prestados à família, onde o profissional adoptava o papel de “perito”, no sentido de desenvolver um modelo mais equilibrado de parceria entre família e técnicos. Esta nova filosofia de atendimento foi implementada de forma gradual, substituindo-se os modelos de serviços centrados no profissional, onde o papel da família era desvalorizado, por novos modelos onde a família, elemento constante da vida da criança, assume o papel principal e a liderança na tomada de decisões em todo o processo de intervenção (Simeonsson, 1996).

Assim, numa intervenção centrada na família, é fulcral ver a família como foco da prestação de serviços. Para tal é de extrema importância reconhecer as forças da criança e da família, dar primazia aos objectivos identificados pela família e respeitar as suas escolhas.

A experiência adverte a que uma relação de colaboração entre pais e técnicos seja uma componente essencial para as práticas verdadeiramente centradas na família, mas o processo de levar a cabo esse tipo de relação não é uma tarefa condescendente. Num modelo centrado na família, os profissionais têm de adoptar papéis e responsabilidades que tradicionalmente não faziam parte da sua profissão. Os técnicos executam um papel importante na criação e manutenção das mudanças construídas na família, assumindo uma responsabilidade individual e uma possibilidade única para fazer uma diferença positiva em cada família com que trabalham.

Reconhecer o papel dos pais como decisores no processo de intervenção, numa forma responsável às suas prioridades e necessidades, constitui a base das relações individualizadas entre pais e profissionais (Levinton, Mueller e Kauffman, 1992, in Cruz et al. 2003).

Assim consideramos que os serviços de IP devem ser estabelecidos no contexto de relações de suporte/apoio entre o profissional e a família, sendo 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).

Desta forma, é modernamente reconhecido que o sucesso da intervenção está internamente relacionado com a qualidade da relação família-técnico e que uma relação de colaboração pode melhorar o sentimento da família se sentir apoiada e compreendida. Por sua vez, esta compreensão pode levar a mudanças nas interações pais-criança e, conseqüentemente, no próprio desenvolvimento da criança.

Escutar os pais com atenção é igualmente essencial, pois a forma como comunicam, irá facilitar a sua relação e convivência com os seus filhos. É neste contexto teórico que compreendemos que o enfoque da Intervenção Precoce 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 com deficiência ou cujo desenvolvimento se encontra em risco. Noutro sentido, a investigação indica que 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, 2002, in Cruz et al. 2003).

Como consequência destas contribuições conceptuais, o envolvimento da família tem vindo a ser desenvolvido no âmbito da IP. Não há dúvida de que as famílias poderão ensinar os profissionais a ampliar da melhor forma o seu trabalho, no sentido de apoiarem as famílias de crianças em IP no seu próprio contexto.

2 - Contributos teóricos para uma Intervenção centrada na Família

Como os modelos teóricos parecem indicar, a intervenção não pode ser baseada unicamente na criança, são necessárias também alterações no ambiente onde esta se integra. O contexto de desenvolvimento da criança é indispensável, assim como as suas características na determinação de um desenvolvimento com sucesso. Conclui-se assim, que como determinantes do desenvolvimento deverá ter-se em conta a abundante

constelação de factores ecológicos, nos quais a criança e a família estão inseridas. Nesta abordagem, o desenvolvimento é visto como resultado das dinâmicas entre a criança e a experiência desencadeada pela sua família e restante contexto social.

Como modelo de desenvolvimento, o Modelo Transaccional constitui uma conceptualização largamente aceite no domínio da Intervenção Precoce. É um Modelo inovador que se assenta numa definição mais dinâmica da natureza transaccional do desenvolvimento, considerado como fruto da interacção contínua e ao longo do tempo entre o indivíduo e o ambiente, que se influenciam mutuamente. Por outro lado, dá bastante importância às complexidades do desenvolvimento, onde as mudanças desejadas terão de ter em conta os processos regulatórios específicos que operam no desenvolvimento. Como afirmam Cruz et al. (2003, p.21),

(...) aceitar o Modelo Transaccional significa aceitar que é possível moldar a expressão de vulnerabilidades hereditárias através da promoção de transacções adequadas com contextos mais suportivos, bem como que, as vulnerabilidades do desenvolvimento podem ter etiologias ambientais e sociais e não exclusivamente causas biológicas, que podem exigir igualmente reajustes nas transacções existentes.

Assim, este modelo fortalece o sentido de que a Intervenção Precoce pode tornar situações de risco reversíveis. Se a intervenção for feita precocemente, adaptando-se ao contexto de cuidados da criança e procurando ajustar-se às necessidades especiais desta, é possível quebrar um casual ciclo vicioso de transacções inadequadas, que ao longo do tempo poderiam ter consequências negativas e irreversíveis.

O Modelo Transaccional aparece-nos como o modelo teórico de referência para muitos especialistas da Intervenção Precoce (Correia e Serrano, 1998), uma vez que teve consequências muito importantes na identificação de objectivos e estratégias de intervenção, bem como na criação de programas e currículos, salientando a importância dos primeiros anos como período chave para a prevenção ou melhoria das dificuldades desenvolvimentais.

Desde que foi apresentado, o Modelo Transaccional desencadeou uma mudança de um enfoque, quase absoluto, na criança, para uma atenção no papel da família e para uma

mudança para a perspectiva dos sistemas ecológicos que enfatiza as influências da família e dos contextos no desenvolvimento da criança. Assim como o Modelo Ecológico de Bronfenbrenner, este modelo permitiu alargar o campo das práticas da Intervenção Precoce a outros contextos, que não unicamente a criança, levando a uma descentralização progressiva das estratégias de avaliação e dos programas de IP. Noutra sentido, enfatizou ainda mais a importância de uma intervenção baseada nas relações, cujo centro estabelece a mudança dos padrões interactivos entre a criança e o principal prestador de cuidados, mas reforçando igualmente o enquadramento da díade mãe/bebé no contexto familiar e no contexto da comunidade em geral.

Pensamos pois que a intervenção não poderá ter sucesso se as mudanças forem operadas singularmente nas características da criança, pois tal não poderá nunca explicar mais do que uma pequena dimensão do desenvolvimento. São identicamente necessárias alterações no ambiente familiar e social da criança, assim como uma consciência da complexidade do desenvolvimento para melhores resultados de intervenção.

3 - As práticas em Intervenção Precoce

A Intervenção Precoce tem sido um campo que tem gerado muito interesse em investigadores e profissionais de uma forma generalizada, sendo que esta intervenção é vista como uma obrigação pública que se traduz no estabelecimento de recursos humanos e materiais. No entanto, a forma como cada país organiza os seus serviços, constitui critérios de elegibilidade para os programas, a metodologia utilizada na avaliação, os currículos utilizados, o tipo e a dimensão da assistência disponível e a investigação científica na área, é variável. Como refere Guralnick (1997), não existe um consenso quanto às características a que devem obedecer.

Bailey (1989) aponta três questões fundamentais que estão na base de uma abordagem centrada na família:

- as famílias variam consideravelmente entre si no que diz respeito a recursos, prioridades, preocupações e valores;

- ao estabelecerem-se parcerias, vai ser estabelecida uma nova relação Pais/Profissionais, que deve ser culturalmente adequada e consistente com os papéis que os pais desejam desempenhar neste processo;
- os pais adquirem competências quando são encarados como tomando a decisão final no processo educativo dos filhos.

O envolvimento dos pais é insubstituível à eficácia de qualquer intervenção. Os estudos empíricos sobre o efeito do ambiente no desenvolvimento da criança, as iniciativas governamentais traduzidas na legislação publicada e que foi atribuindo cada vez mais importância aos serviços de Intervenção Precoce, assim como a importância do papel que os pais, famílias e comunidade desempenham no desenvolvimento e bem estar das crianças, descrevem, segundo Dunst (1996), a forma como tem sido conceptualizada, implementada.

De acordo com este autor os diferentes programas que surgiram nos EUA, tendem a abranger a família e a comunidade, baseando as suas práticas em abordagens ecológicas e sistémicas. Além disso, um grande número de programas elegeu práticas nas quais a família desempenha um papel significativo, no que se refere à identificação das suas necessidades e na escolha de recursos que melhor se adaptam ao seu funcionamento.

A Intervenção Precoce em Portugal, na nossa opinião, está a começar a ganhar forma, fruto não só do investimento que tem sido feito nesta área, mas também como consequência dos ecos que vão chegando do exterior e também da participação de Portugal em diferentes grupos de trabalho.

Capítulo 3 – Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce

1 - A especificidade da Intervenção Precoce

Um dos marcos mais importantes da investigação em Intervenção Precoce (IP) foi sem dúvida o reconhecimento da família como o ponto fulcral para a intervenção com crianças em risco ou com Necessidades Educativas Especiais (NEE).

A grande mudança, de uma perspectiva essencialmente centrada na criança para uma intervenção centrada na família, constituiu um dos movimentos mais revolucionários na área de IP, vindo agitar claramente a maneira como os profissionais devem trabalhar com os pais (Correia & Serrano, 1994).

Tradicionalmente, a intervenção precoce centrava-se exclusivamente na criança em risco de atraso de desenvolvimento ou com risco estabelecido (condições de deficiência), destinando aos pais um papel passivo e definitivamente secundário em todo o processo de intervenção (Simeonsson & Bailey, 1990). Mas a partir dos anos 60, o papel desempenhado pelos pais mudou de um papel passivo para um papel de participantes activos; no entanto, a criança continuava a ser o centro dos esforços das intervenções (Correia & Serrano, 1994).

Foi então que, em 1986, com a aprovação nos EUA de nova legislação de IP (PL 99-457) e com as conseqüentes alterações à mesma, a família se tornou receptora e intermediária de serviços. Desta forma, a evolução do envolvimento dos pais como um foco essencial no processo de IP, foi finalmente reconhecida (Santos et al., 2004).

Em Portugal, como já referimos nos capítulos anteriores, esse reconhecimento é-nos apresentado no normativo legal de IP, o Despacho Conjunto 891/99, de 19 de Outubro. O Diploma, ao considerar esta mudança, encara toda a família como unidade de intervenção e admite que o bem-estar de cada membro da família afecta todos os outros. A família torna-se imprescindível no processo de intervenção da criança.

No que respeita ao foco da intervenção, esta mudança, tem como suporte as contribuições de várias fontes, nomeadamente, e voltamos a fazer referência: o Modelo Ecológico de Desenvolvimento de Bronfenbrenner (1979) e o Modelo Transaccional de Desenvolvimento de Sameroff & Chandler (1975). Segundo estes modelos, os serviços para crianças com Necessidades Especiais (NE) devem assentar numa perspectiva ecológica e centrados na família (Correia & Serrano, 1994).

Desta forma, e como os modelos teóricos parecem indicar, a intervenção não pode ter sucesso se as mudanças forem operadas exclusivamente na criança; são necessárias igualmente mudanças no ambiente onde esta se integra. O contexto de desenvolvimento da criança é tão importante quanto as suas características na determinação de um desenvolvimento com sucesso. Assim, qualquer apreciação dos determinantes do desenvolvimento deverá ter em conta a abundante constelação de factores ecológicos, nos quais a criança e a família estão contextualizadas. Nesta abordagem, o desenvolvimento é visto como derivado das transacções dinâmicas e contínuas entre a criança e a experiência providenciada pela sua família e restante contexto social (Correia & Gonçalves, 1997).

Esta mudança paradigmática conduziu a que em simultâneo se repensasse quer a filosofia, quer o apoio a crianças com NE e suas famílias e como os profissionais respondem às suas necessidades, utilizando uma abordagem sistémica familiar, que reconhece a família como a estrutura primária de organização do desenvolvimento da criança (Bronfenbrenner, 1979). O processo de decisão nas práticas centradas na família deve, por isso, abranger a identificação das necessidades da família e a selecção dos serviços necessários. Assim, os profissionais, ao assegurarem que os esforços da intervenção são guiados pelas necessidades das famílias e que as intervenções têm por base os seus recursos, trabalham com as famílias a partir de uma abordagem individualizada.

2 - Os papéis dos profissionais de Intervenção Precoce

Foi em 1991/92, que a Estrutura de Intervenção Precoce de Aveiro começou a dar os primeiros passos, quando uma Educadora de Infância que trabalhava em Aveiro

procurou o Projecto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP) de Coimbra para fazer a sua formação segundo o Currículo Portage e na sequência do curso básico, usufruiu de um ano de supervisão.

Após alguns avanços e retrocessos, em 1998, o Ministério da Educação, o Ministério da Segurança Social, o Ministério da Saúde, o Hospital Distrital D. Pedro e a Universidade de Aveiro assinaram um protocolo de colaboração, comprometendo-se a garantir os recursos necessários à estrutura de IP.

A Estrutura Orgânica de Intervenção Precoce do Distrito de Aveiro foi criada com a parceria/colaboração entre os diferentes Ministérios, constituída com a existência de uma Equipa de Coordenação Distrital, uma Equipa de Supervisão e ainda doze Equipas de Intervenção Directa.

Na acção indirecta em IP, constituem-se três níveis: o grupo interdepartamental, as equipas regionais e as equipas de coordenação distrital. Todas se constituem por representantes dos três ministérios envolvidos, a Educação, a Saúde e a Segurança Social, podendo haver, a nível distrital, representantes de instituições locais relevantes para a IP - é o caso, em Aveiro, do Hospital Distrital e da Universidade (Santos et al., 2004).

As Equipas de Intervenção Directa (EID) devem ser constituídas por profissionais de formação diversificada, nomeadamente educadores de infância, médicos, psicólogos, técnicos de serviço social, terapeutas, enfermeiros ou outros, com formação específica e experiência na área do desenvolvimento da criança. Estes profissionais são designados pelos competentes serviços da educação, da saúde e da acção social e pelas instituições ou outras entidades.

Segundo o ponto 6.3.3 do Despacho Conjunto 891/99 de 19 de Outubro:

- Na sua actuação, a equipa deve utilizar o modelo que melhor se adapte às exigências deste tipo de intervenção e que permita uma actuação integrada dos apoios às múltiplas necessidades da criança e família, caracterizando-se por:
 - a) Avaliar, conjuntamente com as famílias, as respectivas 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 intervenção precoce, não é recomendável mais de um responsável de caso, excepto quando esta situação inviabilize a satisfação das necessidades da criança ou da família;
- d) Actuar 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.

2.1 - Processo de Intervenção da Equipa de Coordenação Distrital

2.1.1 - Sinalização

Na generalidade, a sinalização é efectuada por uma entidade do exterior para os Serviços de Intervenção Precoce e acontece quando é detectada uma alteração do desenvolvimento ou uma situação de risco e se tentam encontrar respostas correspondentes às necessidades.

A sinalização consiste na comunicação/formalização, aos serviços de Intervenção Precoce, de situações relacionadas com:

- Alterações do desenvolvimento que a criança já apresenta ou estão em risco de se poderem vir a actualizar;
- Dinâmicas familiares que possam comprometer o desenvolvimento da criança.

A sinalização pode ser efectuada sempre que exista conhecimento de situações elegíveis para apoio em Intervenção Precoce. De um modo geral, esta pode ser feita por qualquer elemento da família ou outras pessoas; qualquer serviço da comunidade como serviços de saúde, serviços sociais, serviços de educação, organizações não governamentais e associações (implicando um trabalho continuado de sensibilização/ informação nas comunidades).

Para tal deve ser preenchido o impresso “Ficha para pedido de apoio” (anexo 1). Relativamente a cada pedido de apoio, a Equipa de Intervenção Directa (EID) envia no prazo de 30 dias, à Equipa de Coordenação, uma cópia dos impressos “Pedido de apoio” (anexo 1) e “Resposta ao pedido de apoio” (anexo 2).

Embora a sinalização possa ser feita por qualquer um destes elementos, a família deve ser parte activa deste processo cabendo-lhe a decisão final.

Sempre que houver uma sinalização será solicitado à família que preencha e assine o formulário para “Aceitação do Apoio em IP” (anexo 3) e “Recusa do Apoio em IP” (anexo 4). É também preenchida a Ficha de Identificação Pessoal de IP de Aveiro (anexo 5). Estes formulários fazem parte do processo individual da criança, organizado na sede da EID.

2.1.2 - Selecção

Quando se sinaliza um caso para Intervenção Precoce, é porque se acredita que o serviço pode responder de uma forma mais adequada às necessidades da criança e da família. No entanto, os serviços de Intervenção Precoce nem sempre podem apoiar todas as situações que lhes são sinalizadas. Terá sempre de existir uma selecção dos casos para apoio que deverá ser realizada de acordo com critérios bem definidos.

O processo de selecção das crianças para apoio é da competência dos técnicos da EID, com parecer da Supervisão, e respeita os seguintes critérios:

- *Crianças em Risco Estabelecido* – crianças que apresentam problemas físicos ou mentais graves de etiologia conhecida, passíveis de originarem atrasos de desenvolvimento (ex. Síndrome de Down, anomalias cromossómicas, alterações sensoriais, microcefalia, paralisia cerebral etc.);
- *Crianças em Risco Envolvimental* - crianças que apresentam um conjunto de circunstâncias estruturais ou dinâmicas (incluindo e relevando as de cariz relacional) situadas no contexto de vida da criança que, combinadas, podem comprometer as suas oportunidades de desenvolvimento e de bem-estar emocional;
- *Crianças em Risco Biológico de Atraso do Desenvolvimento* – crianças que apresentam antecedentes pessoais e familiares, nomeadamente, no que se prende com os

períodos pré, péri e pós natais que podem resultar em problemas de desenvolvimento (ex. baixo peso à nascença, anóxia, nascimento prematuro, doenças metabólicas etc.).

2.1.3 - Avaliação

A avaliação do desenvolvimento da criança será feita com base nos dados de observação realizada técnico de IP, e através da informação recolhida junto da família e da creche ou jardim-de-infância nos casos em que a criança frequente. Estes dados organizar-se-ão formalmente na Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil, Schedule of Growing Skills II.

Outros instrumentos standardizados poderão servir de suporte à observação do desenvolvimento da criança, bem como dos seus contextos naturais (por exemplo, a ITERS II- Infant Toddler Environment Rating Scale II, ou o Guião de Observação em Creche), salvaguardando sempre que o fundamental num processo de avaliação é a descoberta das forças actuais para, com base nelas promover desenvolvimento e bem estar emocional, e mudar/promover a qualidade das circunstâncias – humanas, materiais e dinâmicas – componente dos contextos, criando condições para que os sujeitos envolvidos, adultos e crianças, experienciem uma aprendizagem de nível profundo.

Fundamental, também, será interiorizar que durante o processo de avaliação, a atenção deverá recair principalmente na oferta aos pais da informação que eles desejam. Tal só poderá ocorrer se, antes de executarmos as avaliações, soubermos quais as suas preocupações e prioridades em relação aos seus filhos. Este deverá ser o primeiro ponto da ordem de trabalhos.

As características únicas de cada criança e de cada família dão origem a diversos desejos de informação por parte dos pais. Não será portanto realista pensarmos que um conjunto standardizado de procedimentos para condução de avaliações irá abordar de modo adequado as preocupações de todas as famílias. Pelo contrário, as avaliações deverão ser feitas mediante cada criança, sem obrigatoriedade de resposta imediata, por forma a que todo o processo de avaliação e promoção de desenvolvimento seja

conduzido pelo profissional e pela família, respeitando os valores, crenças e rituais da família, sendo objectivo central da acção do profissional, a gradual assumpção de protagonismo por parte da família na promoção do desenvolvimento e bem estar da criança, como resultado de capacitação e *empowerment* (experienciados pela família).

No final do ano lectivo, após a análise de cada situação em apoio, a EID deverá decidir, com a família e parecer da Supervisão, sobre a necessidade de manter ou suspender o apoio, e sobre qual o encaminhamento adequado, informando a Equipa de Coordenação através do relatório final de actividades.

2.1.4 - Implementação do Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF)

O PIAF (Plano Individualizado de Apoio à Família) (anexo 6), é simultaneamente, um documento que permite organizar toda a informação recolhida e registar as diversas dimensões da intervenção e o processo que conduz à sua elaboração. Segundo o Despacho 819/99, o processo do PIAF deve incluir: a família como membro da equipa que apoiará o desenvolvimento da criança; a partilha de informação com a família relativamente às necessidades e preferências da criança; e a partilha de conhecimentos especializados com a família e a compreensão das especificidades do contexto familiar onde a criança vive e se desenvolve.

Este será um processo inequivocamente:

- *Centrado na família* – as decisões são tomadas pela família, o profissional de IP é suporte e facilitador do processo de tomada de decisão esclarecida;
- *Focalizado nas relações* – as interacções entre a criança e as suas Figuras de vinculação/família são o centro do programa, a relação entre o profissional de IP e a família são o fluido da intervenção, portanto recebe do profissional da EID, uma atenção muito cuidada;

- *Baseado nas forças* – é com base no que já existe, e que é bom, no sentido em que promove boas circunstâncias de vida das crianças e das famílias, que se vai construir a intervenção; por isso, o profissional de IP dedica grande parte da sua energia e esforços, a identificar forças, recursos e capacidades pertinentes ao bem-estar e desenvolvimento da criança, e a transmitir à família esse conhecimento. Constrói gradualmente uma atitude de atenção e valorização dos aspectos positivos existentes na criança, na família e na comunidade, enquanto motor e suporte para o caminho que se pretende percorrer – e partilha com a família essa perspectiva.

- *Ecológico* – o profissional de IP desenvolve uma capacidade de compreender os contextos de vida da criança e da família, nas suas múltiplas componentes estruturais e dinâmicas, incluindo relacionais, na convicção de que qualquer facto que ocorre nas nossas vidas, é o resultado não de uma causa isolada ou única, mas de um conjunto de circunstâncias que nos envolvem a diversos níveis, se entrelaçam e manifestam de uma ou outra maneira, segundo a conjuntura actual.

- *Reflexivo* – o profissional de IP reflecte sobre si enquanto profissional e sobre a intervenção que realiza: individualmente e na EID, com e sem a presença da Supervisora de IP, a acção, os pensamentos e os sentimentos do profissional da EID antes, durante e após a intervenção directa com a família, são analisados, numa perspectiva de identificar os mais facilitadores e os que dificultam a intervenção, objectivando a construção de uma forma de pensar, sentir e agir em IP, cada vez mais consonante com os seus princípios nucleares, ditados pela investigação actual e pela própria legislação portuguesa.

Essencial ao sucesso do PIAF, será a dinâmica da EID enquanto equipa capaz de partilhar saberes, descobrir e construir forças, diminuir fronteiras entre disciplinas, por forma a construir o “Saber” específico que constitui a Intervenção Precoce, algo qualitativamente diferente – para além – do somatório dos vários saberes disciplinares presentes na EID, capacitando cada um dos profissionais a fazer Intervenção Precoce, representando a equipa (transdisciplinar) a que pertence.

O PIAF é um documento que pretende constituir um suporte, um guia ao vivido, oferecendo espaços categorizados para o desenvolvimento do processo. Resulta de uma longa evolução, na procura de proximidade com o real em IP, procura realizada pela

nossa estrutura de IP, nomeadamente no PIIP de Coimbra e dos Estados Unidos da América, entre nós apresentadas por Marlyn Espe-Sherwindt, Karen Wollenburg, Donald Bailey, Ruth Simeonsson e Robin Mcwilliam, entre outros, em Sessões patrocinadas pela ANIP.

O PIAF, da autoria da família com o suporte da EID de IP, expressa uma atitude de projecto dos intervenientes face às situações relacionadas com o desenvolvimento e bem-estar da criança no contexto da família (ainda que a criança frequente a creche). É um dos eixos da intervenção, e de preenchimento obrigatório (Despacho 891/99) durante os primeiros 45 dias de apoio, tratando-se de um documento dinâmico, cuja construção acompanha o progredir do processo de apoio e a descoberta e criação de forças, a identificação das necessidades da família e da criança, bem como a planificação de estratégias favoráveis à resolução dos problemas equacionados. Documento sigiloso, o original mantém-se na posse da família, havendo uma cópia que, na posse do profissional interlocutor directo/EID, é continuamente actualizado e disponibilizado para a análise na EID com a presença da Supervisora da equipa (após o devido conhecimento e autorização da família). No final do ano lectivo, é arquivado na sede da EID, assegurando-se o necessário sigilo. Quando a criança transita para outra estrutura de apoio, ou quando cessa a necessidade de apoio, a EID responsável pelo último período de apoio em IP, deve copiar as folhas respeitantes às capacidades e dificuldades da criança, bem como as estratégias e acções implementadas para promover de forma directa o seu desenvolvimento, e arquivá-las no processo individual da criança, que a acompanhará durante toda a escolaridade.

2.2 - As parcerias com a família

É muito importante compreender que as famílias são diferentes e que variam de acordo com diversos factores, especificadamente quanto à forma, dimensão, estrutura, religião, *background* cultural, quanto à educação e à saúde, à localização geográfica e aos valores e às crenças. Atendendo a todas estas diferenças, há que considerar cada família como ímpar, pelo que tentar caracterizá-la de uma única forma será, com certeza, inútil.

Assim, no trabalho com as famílias será importante reconhecer a diversidade dos seus valores, crenças e prioridades. Cada família tem a sua estrutura própria, uma cultura e uma linguagem própria, que devem ser respeitadas e será necessário utilizar uma abordagem individualizada e não massificada.

Se reconhecemos que cada família é diferente, reconhecemos também que tem diferentes recursos, prioridades e preocupações e é natural, que necessite de um programa de Intervenção Precoce diferente. Os profissionais de Intervenção Precoce, devem por isso, antes de se precipitarem na planificação de intervenções, analisarem as necessidades das famílias e o impacto que estas estão a ter no desenvolvimento da criança (Turnbull et al. (1986).

Estas necessidades podem, de uma forma genérica, agrupar-se em sete categorias: necessidades económicas, necessidades de cuidados diários, necessidades recreativas, necessidades de socialização, necessidades de auto-identidade, necessidades de afecto, necessidades de atendimento educativo (Dias, et al., 1998).

Necessidades económicas - a presença de um membro com atraso de desenvolvimento ou em risco de atraso de desenvolvimento na família, pode criar necessidades financeiras adicionais resultantes do aumento do consumo e de uma diminuição da capacidade produtiva. Esta situação, não só afecta a família ao nível das despesas que esta tem de despende, mas também relativamente à capacidade de trabalho dos seus elementos, uma vez que muitas famílias sacrificam a sua carreira profissional para tomar conta do filho (idem).

Necessidades de cuidados diários - os cuidados diários a prestar a uma criança com necessidades educativas especiais podem constituir um peso para toda a família. No caso de deficiências severas, os cuidados necessários e a falta de autonomia das crianças podem ter repercussões no bem-estar da pessoa que presta essa mesma assistência, especialmente nas mães que, na maior parte das vezes, assumem estas tarefas (idem).

Necessidades recreativas - a família desenvolve uma função importante enquanto espaço onde os seus membros podem descontraír e ser eles próprios. Muitas vezes, esta função não é conseguida devido à presença na família de uma criança com deficiência. Algumas famílias referem que têm dificuldade em organizar saídas, como ir à praia,

fazer um pic-nic ou ir ao cinema, pelo facto de terem uma criança com deficiência (idem).

Necessidades de socialização - as actividades de socialização são fundamentais para a qualidade de vida de qualquer indivíduo. Uma revisão à literatura acerca do desenvolvimento social das crianças com deficiência diz-nos que quase todas as crianças com deficiência, não obstante a sua incapacidade, têm expressivos *handicaps* sociais (Dias et al., 1998). De forma análoga, Brotherson (1985) concluiu que logo a seguir ao lar residencial, a socialização é a maior necessidade identificada pelos pais dos jovens adultos com deficiência mental.

Necessidades de auto-identidade - a presença da deficiência numa família assume extrema importância na identidade pessoal da família. Os pais das crianças em risco, vivenciam, muitas vezes, sentimentos de incompetência e de baixa auto-estima que resultam muitas vezes, das condições em que os seus filhos se encontram (Leitão, 1989).

Necessidades de afecto - ainda segundo Dias et al. (1998), uma criança com atraso de desenvolvimento ou em risco de atraso, pode influenciar de forma negativa a capacidade da família para desenvolver o afecto e o carinho, ou seja, como foi referido anteriormente, os sentimentos de incompetência, a baixa auto-estima e a reacção negativa em relação à deficiência de um filho, pode contribuir para um aumento das necessidades de afectividade.

Necessidades de atendimento educativo - segundo Turnbull (1988), a decisão familiar acerca das prioridades educacionais é fortemente influenciada pela natureza das suas expectativas. Muitas vezes, as famílias cujo núcleo é composto por pessoas com deficiência manifestam-se confusas quanto ao que esperam da integração educacional (Dias et al., 1998).

Assim, uma vez entendedores de que as necessidades individuais da família influenciam, provavelmente, vários aspectos do comportamento dos pais, é importante identificar essas mesmas necessidades, embora que de uma forma informal, através de observação “in loco”, sendo assumido que algum processo de avaliação familiar tem de

acontecer. No entanto, o objectivo do processo de avaliação da família não é determinar como uma família particular é comparada com uma família típica (que seria um grande objectivo dos procedimentos de avaliação tradicionais da criança), nem é identificar as patologias nas famílias (que seria o objectivo de muitas ferramentas de avaliação clínica de famílias tradicionais).

O objectivo é simplesmente determinar as prioridades da família para que os serviços de Intervenção Precoce, adequados e aceitáveis, possam ser facilitados.

Segunda Parte

Estudo Empírico

Capítulo 4 – Opções Metodológicas

1 - Caracterização do Meio e dos Participantes no Estudo

1.1 - O Concelho de Estarreja

A história de Estarreja tem as suas raízes na freguesia de Beduído, à qual pertence enquanto vila e sede de concelho. Este topónimo – Beduído – tem, provavelmente, origem na palavra árabe «Badani» (“Beduíno”), cujo significado seria «homem do campo». Por tal razão, considera-se esta terra, como terra de camponeses.

Estarreja é cidade desde 2005, pertencente ao Distrito de Aveiro, com cerca de 7.794 habitantes (fonte: INE Censos 2001), mantendo-se no entanto rural, sendo ainda, na hierarquia oficial, um simples lugar da Freguesia de Beduído. Como Sede de Concelho, é uma das sete freguesias que compõem o Concelho de Estarreja (Avanca, Beduído, Canelas, Fermelã, Pardilhó, Salreu e Veiros), num total de 27.144 habitantes (fonte: INE Censos 2001).

No que diz respeito à localização geográfica, o concelho de Estarreja ocupa posição privilegiada no distrito, graças ao facto de ser atravessado pela estrada nacional 109, que faz a ligação entre Leiria, Figueira da Foz, Aveiro e Porto.

Zona populosa, mas sem grandes recursos, aceita como tábua de salvação as primeiras indústrias. Estas por sua vez, viam grandes vantagens na sua instalação em Estarreja. As Empresas tudo criaram para Estarreja, emprego aos filhos do jornaleiro e agricultor, movimento de pessoas de outras terras e de outras culturas, desenvolveram o comércio e o desporto, criaram parques habitacionais. Isto aconteceu na década de 40 a 50.

Actualmente, Estarreja possui um grande complexo de indústrias químicas, em que umas atraíram outras e com elas a necessidade de cada vez mais famílias fixarem a sua residência neste concelho.

1.2 - Caracterização da Equipa de Intervenção Directa de Estarreja

A Equipa de Intervenção Directa de Estarreja é constituída por seis elementos de vários domínios profissionais: uma Educóloga (Gabinete de Utente do Centro de Saúde de Estarreja), uma Enfermeira (Centro de Saúde de Estarreja), uma Médica (Delegada de Saúde), duas Educadoras de Infância (do Ministério da Educação), uma Técnica de Serviço Social (Ministério da Segurança Social Delegação Local de Estarreja).

As reuniões da EID efectuam-se às quartas-feiras pelas 13 horas e 30 minutos. As primeiras e terceiras 4^{as} feiras do mês, são reuniões internas da Equipa e com a Supervisão realizaram-se 1 vez por mês (na 3^a semana do mês); Em todas as reuniões, contamos com a participação de todos os elementos da equipa, sempre que lhes seja possível e ainda com a presença de famílias, quando agendado e necessário.

A EID apoia 23 crianças, compreendendo os riscos: Biológico, Estabelecido, e Envolvimental. Existem igualmente na Equipa, crianças com risco estabelecido associado a risco envolvimento e crianças de risco biológico associado a risco estabelecido. A Equipa apoia igualmente, jovens mães adolescentes, com menos de 16 anos e que ainda não tiveram os seus bebés.

2 - Delimitação do Estudo

A revisão da literatura apresentada na primeira parte aponta para a importância da família e do seu grau de satisfação perante as necessidades mais prementes das suas crianças. Isto, implica a necessidade de se continuar a implementar e a aperfeiçoar uma verdadeira intervenção centrada na família, implicando por isso, uma mudança das atitudes profissionais no sentido de facilitar a participação da família em igualdade de circunstância.

Segundo McWilliam et al. (2003), a identificação das necessidades da família é decisiva para a implementação da abordagem centrada na família. Uma vez que cada família é única, as suas prioridades consistem naquilo que consideram importante para os seus filhos ou para toda a família. É importante pois identificar as necessidades prioritárias de cada família, para assegurar assim o seu grau de satisfação ao conseguirem realizar o que é importante para elas e não o que o profissional julgue ser importante. Este

processo é contínuo e requer capacidades do técnico no sentido de facilitar uma estrutura em que as famílias comuniquem o que para elas é mais importante, e, ao mesmo tempo partilhar as informações que possuem de modo a que as famílias possam tomar decisões acerca das prioridades ou objectivos seleccionados, uma vez que estas prioridades/necessidades não são estáticas, mas muito pelo contrário, estão em constante mutação.

Para tal procedemos à realização de um estudo exploratório de carácter quantitativo, junto de famílias com crianças em risco ou com atraso de desenvolvimento abrangidas pelo Serviço de IP (concelho de Estarreja).

3 - Objectivos do Estudo

Objectivo geral

É objectivo do presente estudo analisar a satisfação das famílias com crianças dos zero aos seis anos com atraso de desenvolvimento ou em risco, que se integram no Projecto de Intervenção Precoce da EID de Estarreja. Pretendemos pois que os resultados deste estudo possam contribuir para auxiliar os técnicos de Intervenção Precoce a adequar melhor a sua actuação profissional face às necessidades das famílias, a desenvolver mais competências nas áreas da avaliação e satisfação de necessidades, na problemática da interacção técnico/família e no desenvolvimento de técnicas e estratégias de intervenção familiar.

Objectivo Específico

Temos como objectivo específico conhecer de forma mais objectiva a satisfação das famílias de crianças com atraso de desenvolvimento ou em risco face aos serviços de IP, nos domínios: apoio aos pais, apoio à criança, ambiente social, relação entre pais e profissionais, modelo de apoio, direitos dos pais, localização e ligações do serviço e a estrutura e administração do serviço.

Para tal formulámos as seguintes Questões de Investigação:

Qual o grau de satisfação das famílias abrangidas pelos serviços de IP?

Quais os domínios em que as famílias referem maior satisfação?

Quais os domínios em que as famílias referem menor satisfação?

No que diz respeito às variáveis temos as variáveis de caracterização da amostra e as variáveis do estudo.

As variáveis sócio-demográficas, onde constam dados gerais dos participantes conforme a ESFIP – Escala de Satisfação das Famílias de Intervenção Precoce (Anexo 10), compreendem os seguintes itens:

- Informações sobre o Cuidador;
- Caracterização do agregado familiar da criança;
- Identificação da criança apoiada;
 - Caracterização do apoio do serviço de Intervenção Precoce.

As variáveis de Estudo são:

- Satisfação das famílias;
- Intervenção Precoce.

4 - Procedimentos Metodológicos

Sendo objectivo deste estudo conhecer efectivamente o grau de satisfação das famílias com crianças, dos zero aos seis anos, com atrasos de desenvolvimento ou em risco, foram realizadas visitas domiciliárias às famílias/cuidadoras de crianças em apoio de IP,

com a finalidade de lhes ser administrado o questionário ESFIP, após a obtenção da autorização das respectivas estruturas responsáveis, tais como os autores da Escala, a Equipa de Coordenação de Aveiro e o Director do Centro de Saúde (Anexos 7 a 9).

Ao sermos acolhidas pelas cuidadoras, era-lhes explicado o motivo desta investigação e explicado o seu fundamento. Após obter o seu consentimento informado (Anexo 11), era-lhes entregue o respectivo Questionário/Escala, para preenchimento.

4.1 - Instrumento

Segundo Lanners e Mombaerts (2000) (cit. in Cruz et al, 2003), avaliar o grau de Satisfação das Famílias levanta um problema da natureza conceptual uma vez que a satisfação é em si um conceito abstracto, de difícil definição e medição, e dependente de avaliações subjectivas baseadas em critérios e em informações por vezes muito díspares (Cruz et al., 2003).

Tendo por base o conceito operacionalizado pela equipa de investigadores do Grupo EurllyAid 1999, que desenvolveu a escala original EPASSEI (European Parental Satisfaction Scale about Early Intervention), de que o conceito de satisfação das famílias é a diferença entre as expectativas dos pais relativamente aos programas de IP e o serviço de IP realmente recebido, foram identificadas as diversas dimensões, nas quais foi possível desenvolver um conjunto de indicadores que procuram captar aspectos específicos do apoio apreciável pelas famílias inquiridas (Cruz et al, 2003).

Após as respectivas autorizações, quer dos criadores iniciais da Escala (Drs Lanners e Mombaerts) (anexo 7 a)), quer do PIIP (anexo 7 b)) e bem assim da Equipa de Coordenação de Aveiro, (anexo 8) e ainda do Director do Centro de Saúde da área de incidência do Estudo (anexo 9) o instrumento utilizado para a recolha de dados foi o Questionário de avaliação de satisfação das Famílias, Escala ESFIP (Escala Europeia de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce), adaptado à população portuguesa por Ana Isabel Cruz (Coord.), Fernando Fontes & Maria Leonor Carvalho (2003) (anexo 10).

A escala ESFIP é constituída por dois grandes blocos de questões: uma primeira parte de Dados Gerais com questões que caracterizam a família/cuidador, da criança apoiada, bem como o apoio prestado à família; uma segunda parte de Avaliação da Satisfação composta por 66 afirmações distribuídas 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 várias possibilidades de resposta (ex: conforme a Escala (Anexo 10): “muito bom”, “bom”, “mau” e “muito mau”) foram transformadas numa escala de Likert de quatro pontos, sendo que 4 corresponde ao maior grau (ou o mais elevado) de satisfação e o 1 ao menor grau de satisfação. No caso das famílias que não responderam (NR) foi cotado “0” (zero).

4.2 - Procedimentos na Recolha de Dados

A passagem dos Questionários às famílias foi feita por administração directa, com o auxílio da Equipa de Intervenção Directa, para que a família estivesse mais confortável. O Questionário foi apresentado pela responsável deste estudo, para que pudéssemos explicitar os objectivos do trabalho, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados, após o seu consentimento informado (anexo 11). Além disso, a sua presença foi importante também para que, no caso de algumas famílias apresentarem dificuldades no seu preenchimento ou não compreenderem algumas questões, pudessem colocar dúvidas e/ou solicitarem eventuais esclarecimentos.

Nos casos em que não foi possível a presença da responsável pelo estudo aquando do preenchimento do Questionário, solicitou-se a cooperação dos elementos da Equipa de Intervenção Directa para a realização dessa mesma função, nomeadamente das Técnicas no terreno.

4.2.1 - Participantes da amostra

Dado conhecermos antecipadamente o número real da população e as respectivas características existentes em cada família, optámos por incluir toda a população abrangida pela EID de Estarreja, na amostra seleccionada para a aplicação da escala, tentando desta forma contornar problemas de representatividade da amostra, uma vez que se tratava de uma amostra de conveniência.

Assim, no ano lectivo de 2008/2009 a EID-Estarreja apoia 23 crianças, num universo de 21 famílias (em duas famílias existem duas crianças em apoio), às quais foi administrada a escala de satisfação (ESFIP).

A aplicação da escala decorreu durante os meses de Outubro e Novembro de 2008, tendo todas as famílias participado no estudo, sendo fundamental o papel das técnicas da EID, designadamente das Educadoras de Infância, na sensibilização das famílias não só para a nossa visita, como também para o nosso objectivo e participação no estudo.

A amostra final é pois constituída por 21 famílias, para as quais se elaborou uma grelha de caracterização (Anexo 12), com base na recolha de dados dos seus Processos individuais de sinalização. A fim de garantir o seu total anonimato, foi atribuído a cada família um número de identificação.

Capítulo 5 – Apresentação e Discussão dos Resultados

Neste capítulo serão apresentados os dados relativos a caracterização sócio-demográfica (dados gerais) da amostra bem como os resultados da Aplicação do Questionário sobre a satisfação das Famílias.

1 - Apresentação e Tratamento dos dados

Inquiridas as famílias, foi fundamental proceder ao tratamento e análise dos dados obtidos, e uma vez que o nosso estudo é pioneiro no Concelho de Estarreja, não podemos comparar com dados anteriores.

Foi efectuada uma análise estatística não paramétrica, quer da Parte 1 da Escala, que se refere a Dados Gerais bem como para a Parte 2, que trata de Questões sobre a satisfação das Famílias nas várias dimensões. Foi utilizado como ferramenta de trabalho para tratamento estatístico dos dados, o EXCEL, versão Windows 2007. Este software permitiu-nos efectuar o tratamento dos dados da escala que apresentamos no presente estudo exploratório.

Os participantes no nosso estudo são os prestadores de cuidados de crianças apoiadas pela EID de Estarreja, ou seja indivíduos que tinham a seu cargo as crianças apoiadas pela equipa de IP do Concelho de Estarreja.

2 - Caracterização da Amostra

Foram participantes neste estudo as 21 famílias do Concelho de Estarreja que estão a ser alvo de intervenção da Equipa de Intervenção Precoce de Estarreja.

A constituição do agregado familiar varia entre 2 e 9 pessoas, sendo que 5 destes casos são famílias monoparentais.

O local de residência destas famílias, situa-se no Concelho de Estarreja e em 7 das suas 7 freguesias: Estarreja-cidade (2 crianças), Beduído (1 criança), Veiros (1 criança), Avanca (6 crianças), Canelas (1 criança), Salreu (2 crianças), Fermelã (4 crianças) e Pardilhó (6 crianças).

Apurámos que é predominante o meio rural (21 crianças) e apenas 2 crianças residem em meio urbano (Estarreja-cidade).

Verificámos ainda que a amostra é composta por 6 crianças com Risco Estabelecido; 11 crianças em risco Envolvimental, 2 crianças de risco biológico, 1 criança de risco biológico/estabelecido, 3 crianças de risco envolvimento/estabelecido.

2. 1 - Dados Gerais

Em face da população alvo e do meio social em que está inserida, bem como se tivermos em conta o modelo socialmente dominante que continua a atribuir às mulheres a prestação de cuidados às crianças de tenra idade, facto que o nosso estudo parece confirmar, não será pois de estranhar o facto da totalidade dos inquiridos (100%) serem do sexo feminino, pelo que a partir daqui iremos referir-nos à amostra no género feminino.

Verifica-se ainda que do total das inquiridas, 90% (19) são mães e 10% (2) são avós.

Em termos etários, dado que a maioria das inquiridas são as progenitoras das crianças, as idades mais representadas estão compreendidas entre os 20 e os 40 anos (16) (76% da amostra), decrescendo subitamente a partir dos 40 anos de idade para valores mais modestos, sendo que, a mais nova situa-se nos 16 anos e a mais idosa nos 50 anos.

Tendo em conta a importância das características do agregado familiar da criança no apoio prestado, na forma como este apoio está estruturado e, possivelmente, na forma como esse apoio é percebido e avaliado, é importante determo-nos um pouco na análise de algumas das variáveis de caracterização sócio-demográfica.

Passando a analisar a situação familiar destas crianças, podemos constatar que se inserem maioritariamente em famílias constituídas pelo casamento ou união de facto.

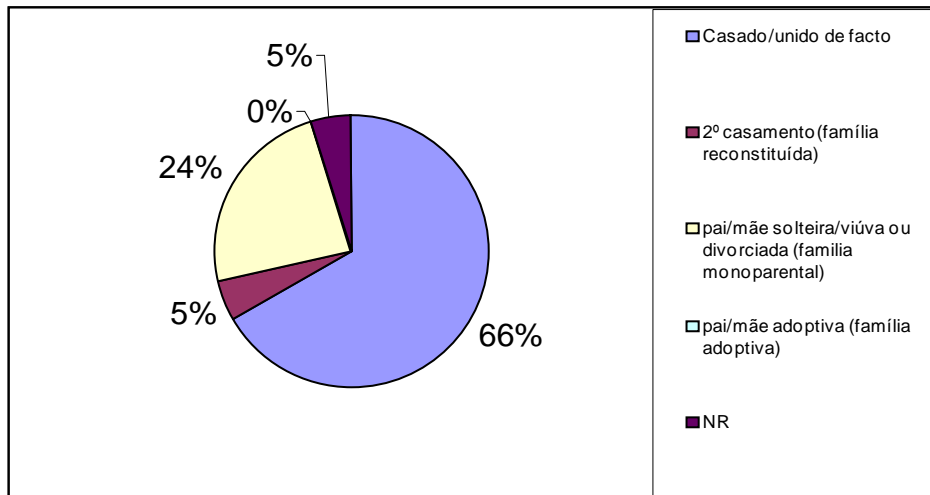


Fig. 1 - Situação Familiar

Assim e de acordo com os dados recolhidos (Fig. nº 1), cerca de 66% (14) das inquiridas vivem em situação marital, casados ou unidos de facto. Apenas 1 caso corresponde a uma família reconstruída e 1 caso em que não respondeu (5%).

No entanto, não é de descuidar a expressão numérica de famílias monoparentais, pai ou mãe solteira/viúva ou divorciada, com uma representação de cerca de 24% da nossa amostra (5 casos).

Na nossa amostra, não existe nenhuma família adoptiva.

No que diz respeito ao nível de instrução escolar das inquiridas (Fig. nº 2) verificamos que: 5% das inquiridas não sabe ler nem escrever; 29% tem a 4ª classe ou menos; 37% detém o 6º ano ou 2º ano do ciclo preparatório; 14% conseguiu atingir o 9º ano ou antigo 5º ano e 5% está na quadrícula “Outro” (1 elemento concluiu o 8º ano).

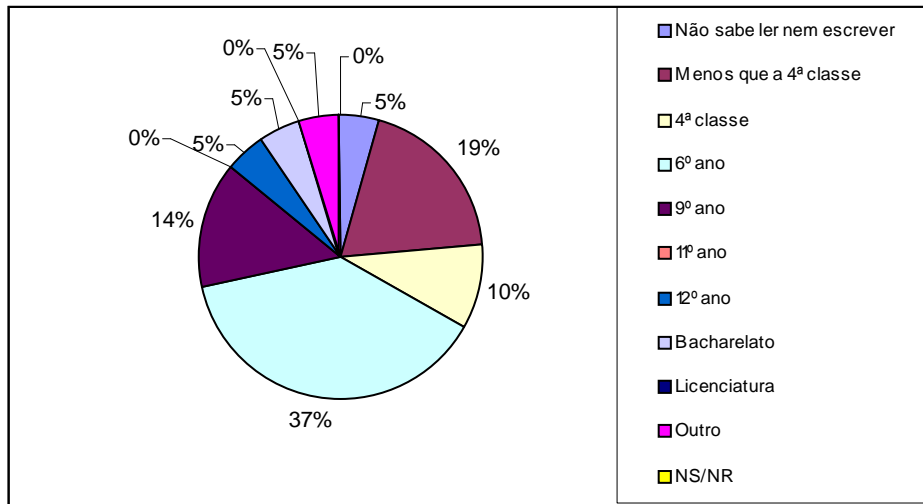


Fig. 2 - Nível de Instrução Escolar

Os níveis escolares mais elevados, apresentam expressões muito comedidas quando comparadas com as dos primeiros. Assim, apenas 5% (1) possui o 12º ano, percentagem igual à daquelas que apresentam um nível médio (bacharelato).

Desta análise transparecem os fracos recursos educacionais da população inquirida e da própria população apoiada pela EID de Estarreja.

Analisando os dados recolhidos, quanto à condição das inquiridas perante o trabalho (Fig. nº 3) podemos verificar uma baixa taxa de actividade (apenas 19% das inquiridas indicou exercer uma actividade).

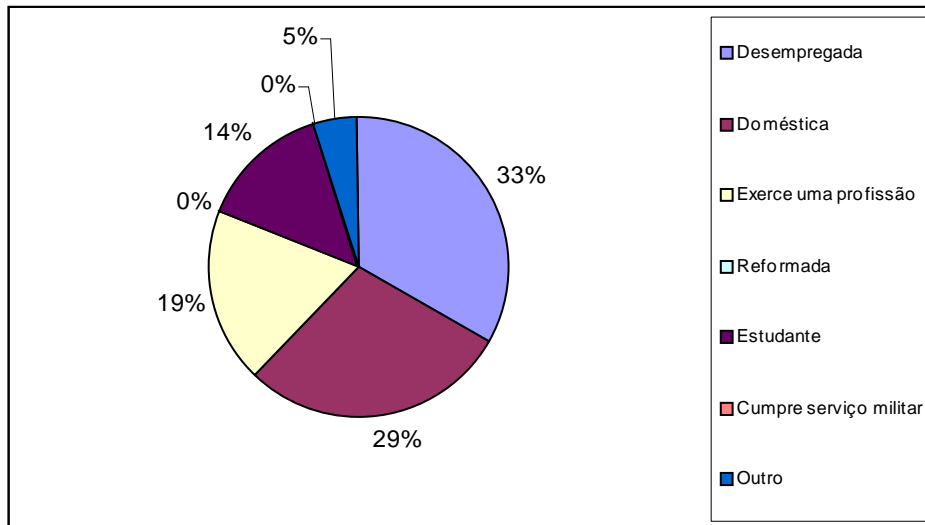


Fig. 3 - Situação Perante o Trabalho

Verificamos igualmente uma considerável percentagem de domésticas (29%) e uma taxa muito elevada de desemprego de 33%, sendo que 14% é estudante e apenas 5% (1) colocou a sua actividade na quadrícula “Outro” como sendo acompanhante da filha menor. A grande maioria das cuidadoras não tem rendimentos provenientes do trabalho, o que as coloca numa situação de dependência.

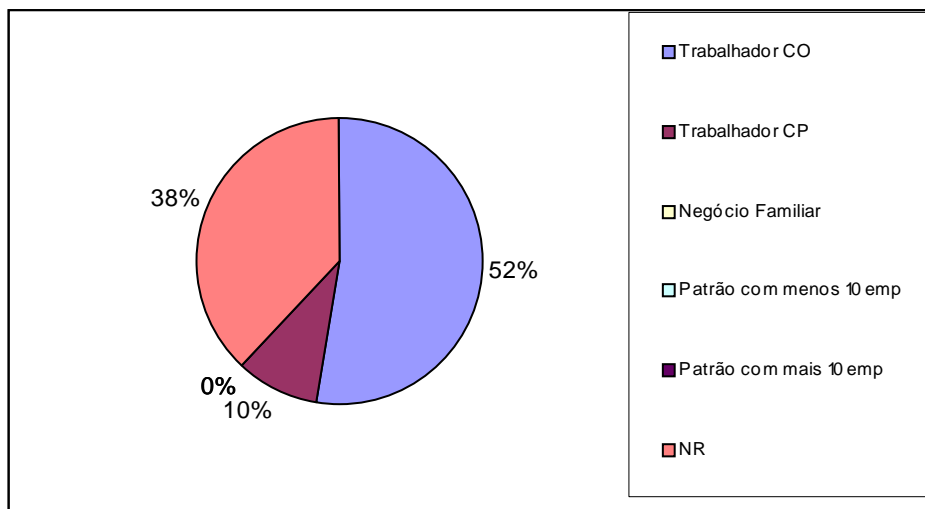


Fig. 4 - Situação Perante a Profissão

Analisando a situação perante a profissão, podemos constatar o seguinte:

De entre as 19% que exercem uma actividade 52% (11) fazem-no por conta de outrém; 38% (8) não responderam e 10% (2) trabalham por conta própria (Fig. nº 4).

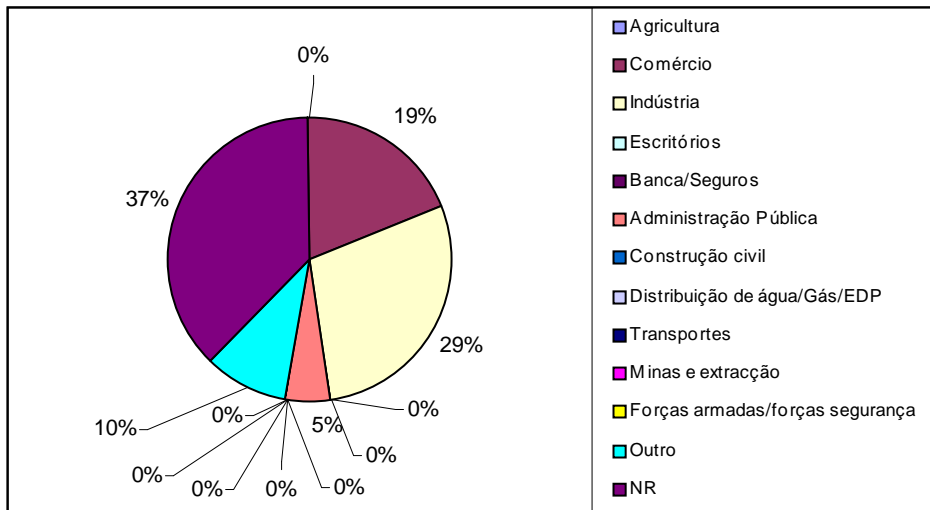


Fig. 5 - Domínio da Actividade

Inquiridas sobre o domínio da sua actividade, 37% não respondeu, sendo 29% da área da Indústria e 19% da área do Comércio. Duas das inquiridas referenciaram uma profissão não qualificada (10%) e uma pertence à Administração Pública o que equivale a 5% (Fig. nº 5).

Sendo a criança a principal razão da presença das técnicas no seio da família, apesar da filosofia de intervenção da EID de Estarreja, à semelhança de todas as outras EID's, ser centrada na família, passaremos de seguida a fazer uma análise dos motivos pelos quais as crianças abrangidas por este estudo, estão a ser apoiadas pela IP. Esta análise (Fig. nº 6), reflecte as diferentes áreas de dificuldades das crianças em apoio.

Comentando as causas das principais dificuldades da criança, podemos observar que:

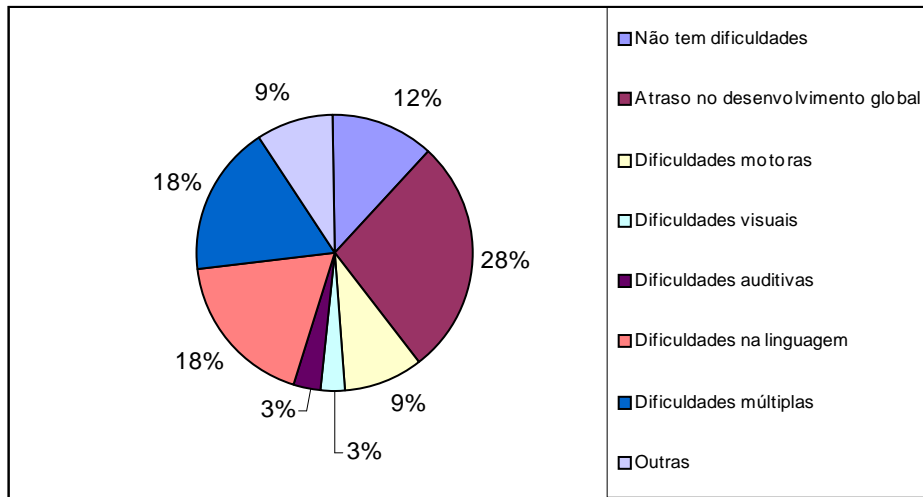


Fig. 6 - Principais Dificuldades da Criança

A maior percentagem pertence ao grupo de atraso no desenvolvimento (28%), seguida exequo pelas problemáticas de dificuldades na linguagem e dificuldades múltiplas (18%); 12% das inquiridas referiram o facto das suas crianças não terem dificuldades e 9% apresentou outro tipo de dificuldades, não especificadas.

Apenas 3% referiu dificuldades auditivas e dificuldades visuais (1).

No que diz respeito às características destas crianças ao nível do género, existe uma ligeira sobre-representação do sexo masculino 57% (14) para uma percentagem de 43% (9) do sexo feminino (Fig. nº 7).

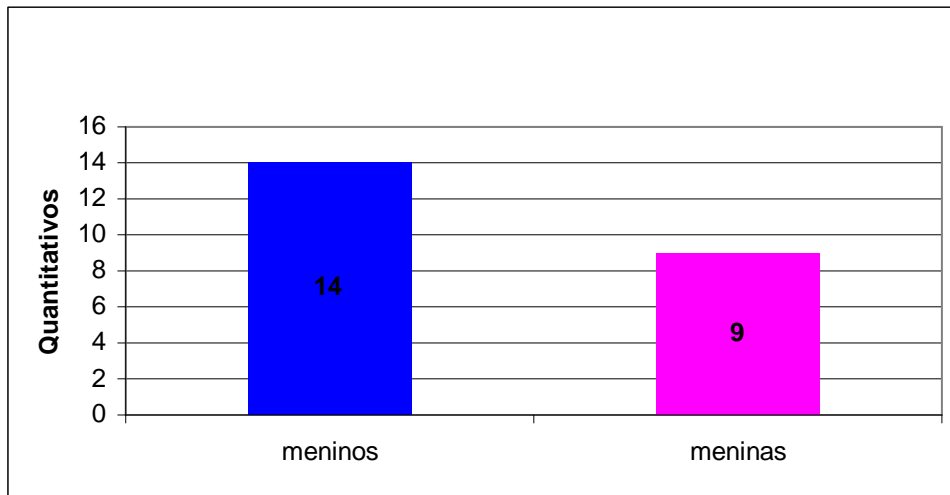


Fig. 7 - Género

Em termos etários, conforme podemos verificar pela análise da Fig. nº 8, a grande maioria das crianças possui 3 anos de idade. As crianças na faixa etária dos 4 anos bem como dos 2 anos, possuem igual número, ou seja 4 crianças em cada grupo.

No grupo etário de crianças com um ano e menores de um ano, é igualmente o mesmo, ou seja, cada grupo é composto por 3 crianças.

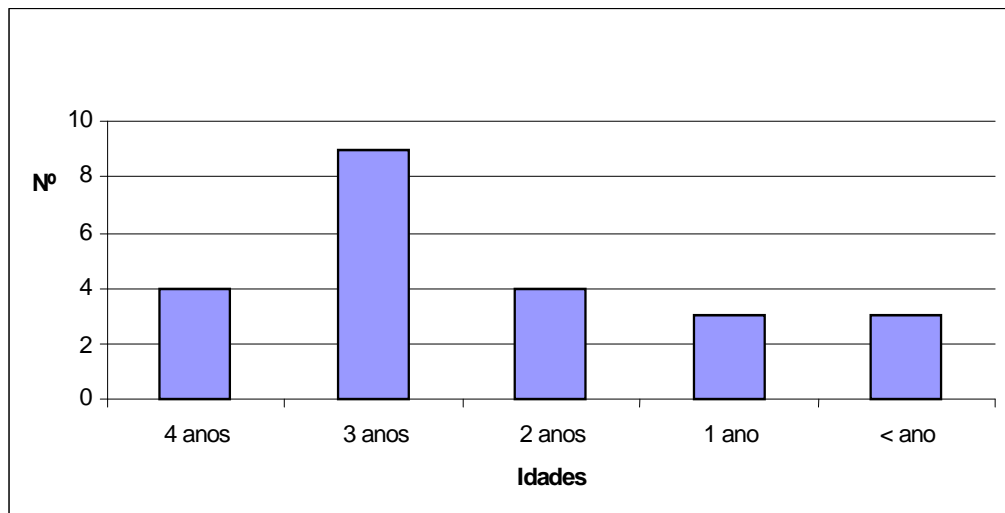


Fig. 8 - Idade das Crianças

No que diz respeito ao número de irmãos, 5 crianças são filhas únicas; Outras 5 crianças têm mais 2 irmãos, seguidas pelo grupo onde existe mais um irmão e o grupo onde

existem mais 3 irmãos. Existem ainda duas famílias em que a criança tem mais 4 irmãos e apenas uma bem numerosa em que a criança apoiada tem mais 6 irmãos.

Tendo como apoio uma filosofia centrada na família, a periodicidade e o local de apoio são combinados em conjunto entre a família da criança e a técnica visitadora domiciliária. Assim, o apoio prestado a estas crianças e respectivas famílias, como podemos verificar pela Fig. nº 9, é sobretudo um apoio domiciliário (29%), seguido do apoio misto, (creche ou jardim de infância e em casa) (19%), sendo a menor percentagem (14%) no apoio realizado sempre na creche (Instituição).

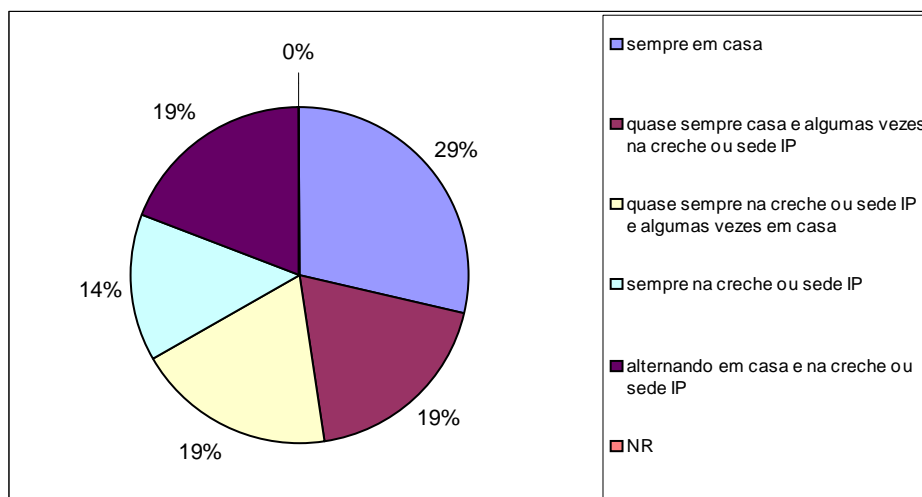


Fig. 9 - Onde Decorre o Apoio

Quanto à periodicidade do apoio, os dados enfatizam o apoio bissemanal como mais frequente entre as famílias inquiridas (76%), seguido do apoio semanal (19%) e do apoio de mais do que duas vezes na semana (5%) (Fig. nº 10).

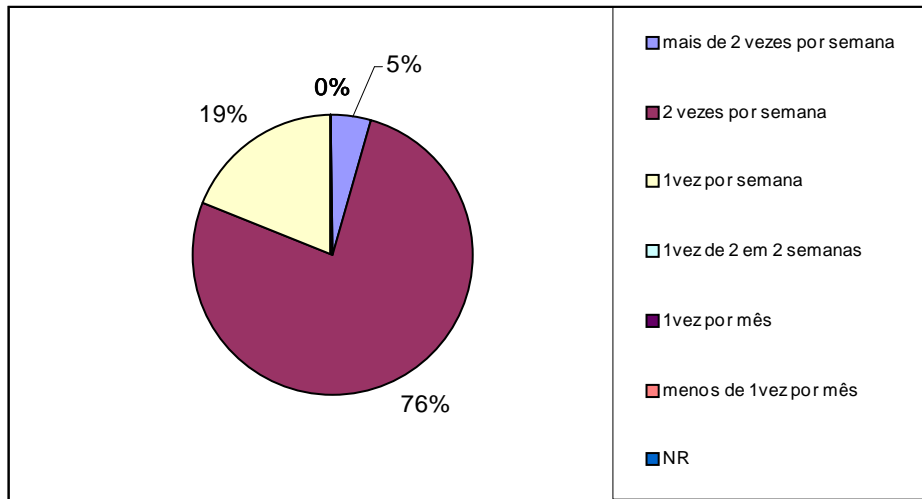


Fig. 10 - Frequência do Apoio

Após esta caracterização muito geral da amostra de estudo e do meio envolvente, iremos agora iniciar a análise do grau de satisfação das famílias apoiadas pela EID de Estarreja, com base nos resultados da aplicação da escala ESFIP – Escala Europeia de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce (Cruz, et al., 2003).

Tendo em conta a importância indeterminada da avaliação e, em particular, da avaliação da satisfação como uma das formas de observação e adequação às necessidades das famílias, a EID de Estarreja criou algumas expectativas em torno deste estudo, uma vez que ao longo da sua existência, é a primeira vez que está a ser aplicado na IP e neste Concelho, este instrumento de trabalho.

2.2 - Questões sobre a satisfação das Famílias

Na segunda parte da Escala ESFIP, encontramos as questões que vão ao encontro do nosso estudo, ou seja, questões relacionadas com o grau de satisfação das famílias, nas várias dimensões.

Como tivemos oportunidade de explicitar anteriormente (vide cap. 4) solicitamos às famílias que fizessem uma avaliação do serviço em oito domínios, nomeadamente: “apoio aos pais”, “apoio à criança”, “ambiente social”, “relação entre pais e

profissionais”, “modelo de apoio”, “direito dos pais”, “localização e ligações do serviço” e a “estrutura e administração do serviço”.

Cada um destes domínios ou dimensões compreende um conjunto de indicadores que nos permitiu identificar os níveis de satisfação e insatisfação das famílias face ao serviço de IP, sendo que cada opção, foi convertida numa escala de Likert que sustem quatro possibilidades de resposta, convertidas em 4 pontos (de 1 a 4), sendo que MB(Muito Bom) = 4 pontos; B (Bom)=3 pontos; M(Mau) = 2 pontos; MM(Muito Mau) = 1 ; as ausências de respostas (NR), foram cotadas com “0” (zero).

Terminamos esta análise com uma avaliação do nível global de satisfação das famílias, em que o tratamento, na totalidade das respostas foi convertido nos seguintes valores: MS (Muito Satisfeito) = 4 pontos; S (Satisfeito)=3 pontos; PS (Pouco Satisfeito) = 2 pontos; NS (Nada Satisfeito) = 1 e NR (Não Respondeu) =0.

2.2.1 - Domínio (A) Apoio aos Pais

Segundo a escala ESFIP, esta foi a área inicial para avaliação do apoio dirigido aos pais/cuidadores da criança. Sendo a família uma unidade de intervenção na vida da criança, a passagem dos técnicos pela mesma é algo transitório e circunscrito no tempo, tanto a longo prazo uma vez que é limitada aos primeiros 6 anos de vida da criança, como a curto prazo, pois resume-se a uma ou duas horas semanais.

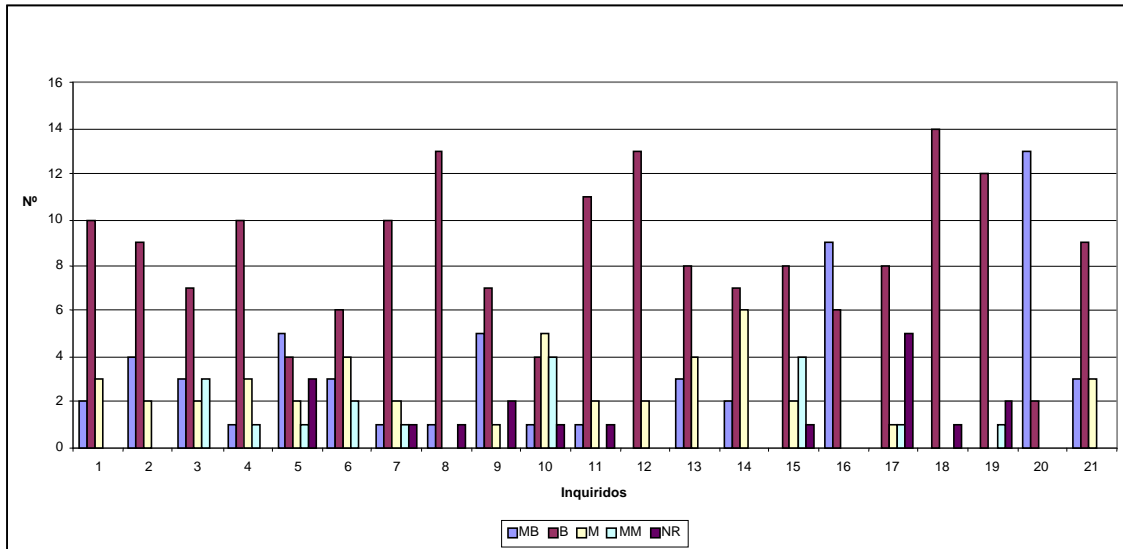


Fig. 11 - Apoio aos Pais

Pela análise geral do gráfico, podemos verificar que a maioria das famílias consideram o apoio aos pais “bom”, seguida das famílias que consideram o apoio “muito bom”.

O alicerce ideológico desta doutrina de intervenção é marcadamente de cariz estrutural-funcionalista, onde se defende a ideia de que a criança vive num complexo de sistemas interdependentes onde quaisquer adulterações produzidas num dos sistemas terão necessariamente impacto nos sistemas a ela agrupados. Nesta lógica, a nível da IP, a abordagem reflecte-se na ideia adoptada de que o aumento dos níveis de bem-estar de um elemento da família terá, indispensavelmente, influência nos restantes elementos do agregado familiar, reconhecendo-se indubitavelmente desta forma, a importância de trabalhar com toda a família e não só com a criança que apresenta problemas de desenvolvimento ou risco grave de os vir a apresentar (Cruz et al. 2003).

2.2.2 - Domínio (B) Apoio à Criança

As crianças e as suas necessidades, sem agravo de uma filosofia centrada na família, elegem a principal razão para o apoio de Intervenção Precoce, sendo que o desenvolvimento absoluto da criança, compõe o objectivo básico do apoio disponibilizado. Como já antes referimos, podem ser utilizadas diversas estratégias complementares para desempenho de um mesmo objectivo: podemos agir sobre o

conjunto dos elementos do agregado familiar, mas podemos também agir directamente sobre a criança (Cruz et al. 2003).

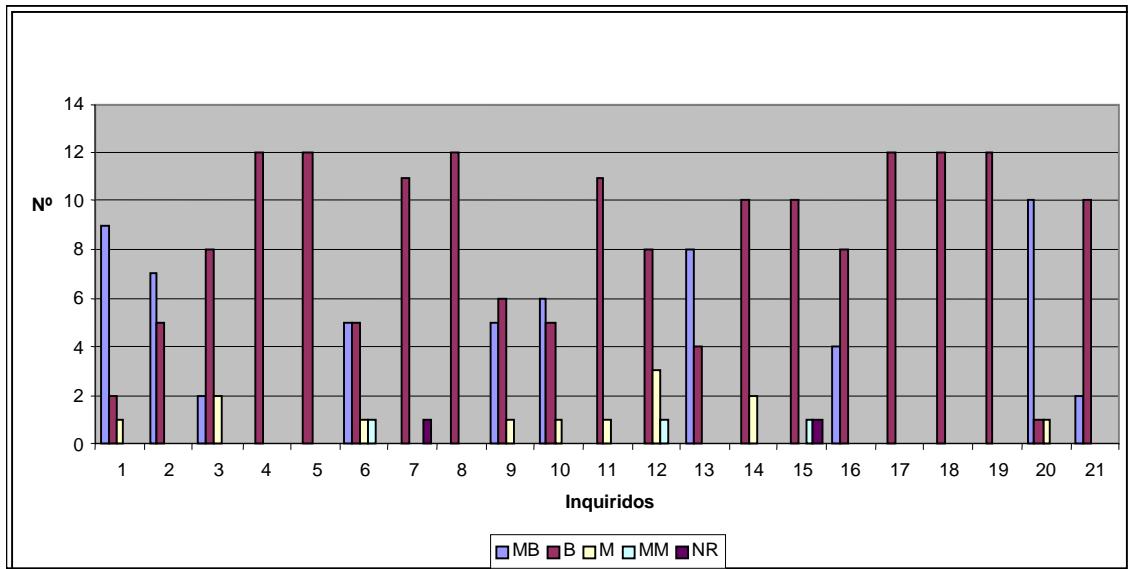


Fig. 12 - Apoio à Criança

Como podemos observar pela Fig. 12, o nível de satisfação das famílias é suficientemente elevado em quase todas as questões, sendo entretanto de destacar no grupo das 12 questões que concorrem para a avaliação neste domínio, a forma de relacionamento das técnicas com as crianças (B27), conduzindo-nos desde logo ao entendimento de que existe uma boa integração das mesmas no seio da família.

Os resultados obtidos parecem apontar para um elevado grau de satisfação das famílias, não só para as diferentes questões relativas ao desenvolvimento das crianças, como também no grau de relação existente entre estas e as profissionais de IP. Pensamos pois que estes resultados são reveladores da complementaridade do trabalho realizado com as crianças que, apesar da problemática específica de desenvolvimento que possam ser detentoras, não se centra numa única área, mas no conjunto das áreas de modo a ampliar o seu desenvolvimento global.

Apesar de fazermos uma avaliação positiva das famílias nesta área, não impede, no entanto de verificarmos que existem igualmente níveis inferiores da satisfação, nomeadamente, na perspectiva das famílias classificadas com os n.ºs 6, 12 e 15, em que

consideram que este apoio é “muito mau” ou “não adaptado”, o que no universo da nossa população, não nos poderá deixar insensíveis, não obstante sabermos de que o tipo de dificuldades da criança, de alguma forma parece também condicionar o grau de satisfação das famílias.

2.2.3 - Domínio (C) Ambiente Social

Como temos vindo a realçar, o apoio prestado pela EID-Estarreja, procura ser um apoio ecológico, para além de centrado na família, ou seja, tentamos que seja um apoio realizado no meio ambiente onde a criança está inserida, e igualmente um apoio que procura estar atento a todo o meio ambiente que rodeia a criança.

Neste sentido devemos considerar a atenção dispensada pelos técnicos a todo o ambiente social que rodeia a criança, não só à família mais chegada, como igualmente e de uma forma mais alargada às relações de amizade e de vizinhança (Cruz et al. 2003).

Assim, neste domínio da escala de avaliação, procuramos analisar a satisfação das famílias relativamente ao apoio dispensado pelo serviço de IP a este nível.

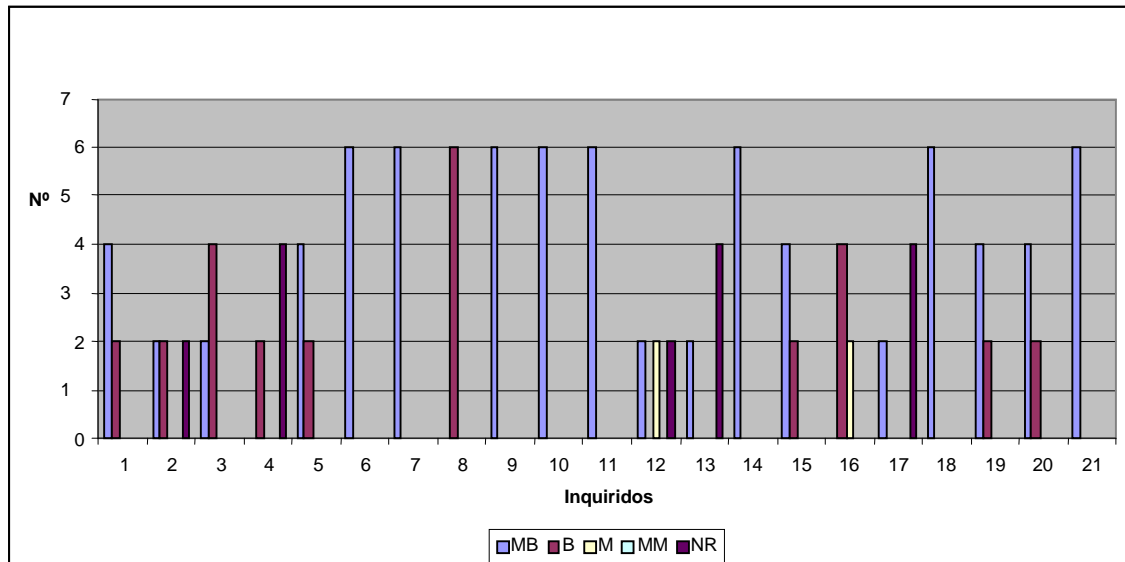


Fig. 13 - Ambiente Social

Pela apreciação da Fig. nº 13, a avaliação realizada por parte das famílias é abertamente positiva neste conjunto de três questões. A análise dos resultados parece apontar para uma grande facilidade na relação entre as técnicas de IP e as famílias.

Assim, podemos assegurar que o apoio prestado pela EID-Estarreja, a este nível global de satisfação das famílias, é no geral, “muito bom”.

2.2.4 - Domínio (D) Relação entre pais e profissionais

Segundo Cruz et al. (2003), tal como em qualquer domínio de actividade em que exista um contacto entre diferentes sujeitos, o seu resultado ficar-se-á a dever, em parte, ao fruto da interacção que entre eles se constitui.

Assim, para a EID-Estarreja, este facto alcança uma importância acumulada, uma vez que sendo um meio predominantemente rural e de baixa escolaridade, as técnicas procuram ser unicamente facilitadoras do processo de desenvolvimento da criança e onde se ambiciona que seja a família, em essencial os pais, os principais agentes impulsionadores e dinamizadores desse processo.

Para que a família adopte uma posição de decisor do processo, como se pretende em IP, é muito importante o estabelecimento e manutenção de uma relação de confiança entre as famílias e as técnicas, para que exista uma relação recíproca de respeito e compreensão. É importante que as famílias considerem que a troca de impressões e a exposição de dúvidas e críticas face ao apoio não sejam sentidas como uma ameaça a cada um dos intervenientes, mas sim como um passo decisivo de todo o processo (Cruz et al. 2003).

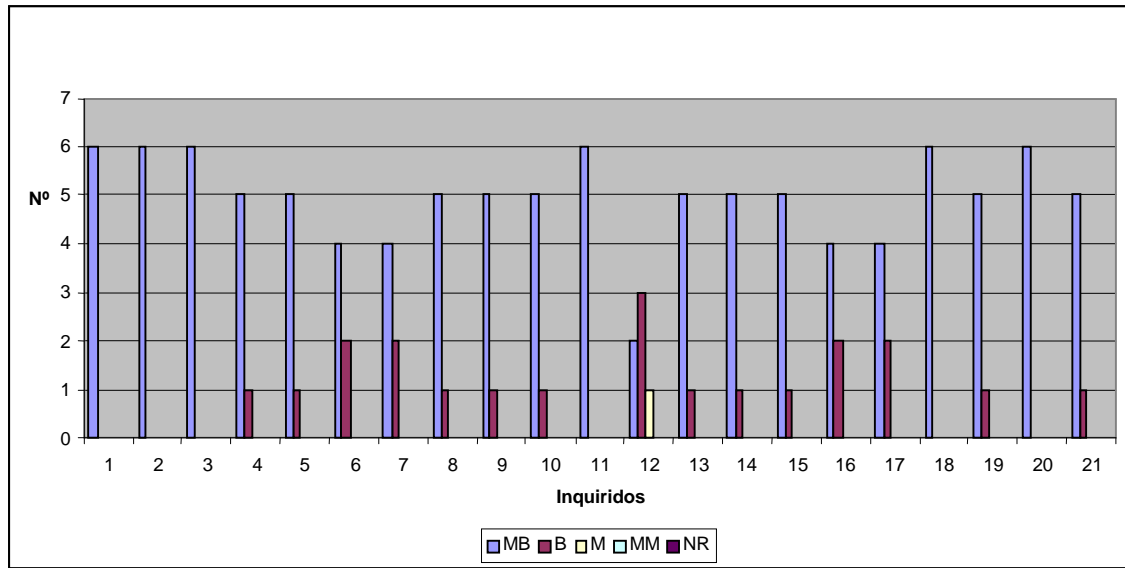


Fig. 14 - Relação entre Pais e Profissionais

Este domínio da escala (D), centra-se exactamente na relação presente entre as cuidadoras das crianças e as técnicas ao nível do processo de intervenção, procurando ajuizar o respeito das técnicas pela família, a cumplicidade e confiança existente, e o papel da família no processo de intervenção.

De acordo com a Fig. nº14 e de acordo com as respostas obtidas, a generalidade das famílias sentem-se “muito satisfeitas”. É pois de salientar que a análise efectuada, aponta a existência de um forte estímulo à tomada de decisões por parte das famílias, parecendo-nos pois muito importante assegurarmos esta abertura do serviço à participação activa das famílias no apoio, bem como, encaminhá-las para essa cooperação, através de uma comunicação constante aos pais relativamente ao desenvolvimento da criança e do próprio apoio.

2.2.5 - Domínio (E) Modelo de apoio

De acordo com a implementação de um modelo de intervenção ecológico e sistémico, a criança é parte integrante de uma família que está inserida numa comunidade local, que por sua vez é parte integrante de uma Sociedade. Perspectivando desta forma a família, elege-se pois um sistema social que interage contínua e reciprocamente com outros sistemas sociais (Cruz et al. 2003).

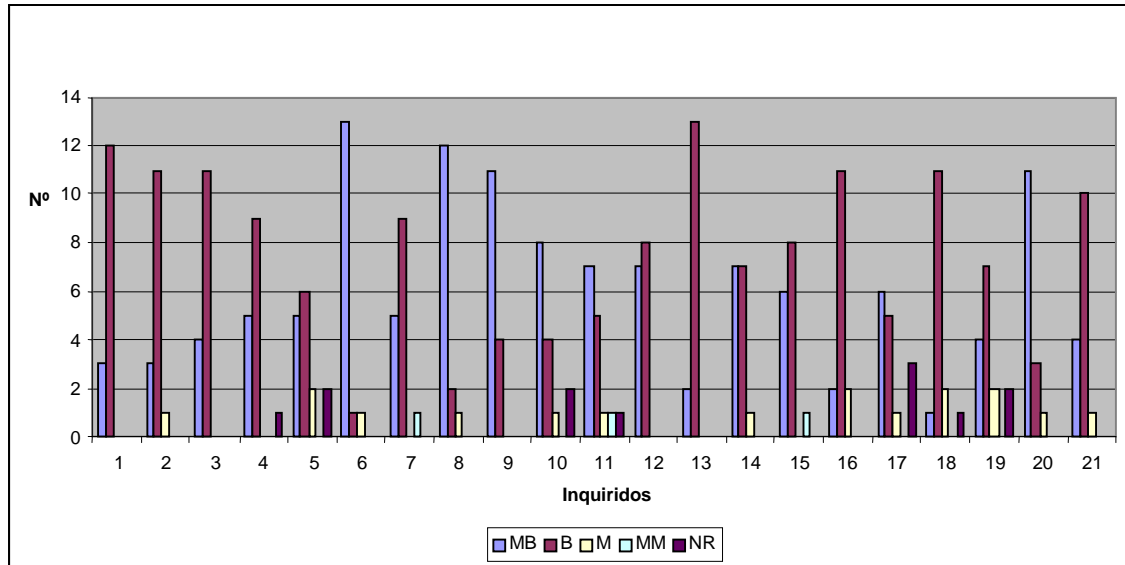


Fig. 15 - Modelo de Apoio

Da apreciação do conjunto dos quinze itens do domínio (E) da escala de avaliação, a maioria das inquiridas responde “muito bom” ou “bom”. É no entanto de assinalar que 3 inquiridas sentem-se “muito insatisfeitas”, pelo que é necessário reflectir sobre esta situação.

O aperfeiçoamento global nesta área, como em todas as outras desta escala, não poderá ser desintegrado do contínuo esforço de actualização científica e formação dos técnicos de IP, levado a efeito pela Equipa de Coordenação Distrital e bem assim, pela Associação Nacional de Intervenção Precoce. Pensamos pois que esta formação continuada e frequente, tem possibilitado não só uniformizar as práticas dos técnicos de IP tendo em conta a filosofia de trabalho defendida, como formar novos elementos que integram as equipas (Cruz et al., 2003).

Depreendemos pois que a satisfação das famílias no que respeita ao modelo de apoio utilizado pela EID-Estarreja é positivo, fortificando a filosofia e o modelo utilizado por esta Equipa, mas não impedindo, tal como nos diz Cruz et al. (2003) à manutenção de uma reflexão sobre estas temáticas.

2.2.6 - Domínio (F)Direitos dos pais

Ainda segundo Cruz et al. (2003), a capacitação e o fortalecimento da família é sem dúvida uma das grandes finalidades da intervenção precoce. Assim, esta intervenção pode ser percebida, num sentido mais limitado, enquanto aumento de competências para lidar e estimular a criança, ou num sentido mais aberto, como um aumento de competências para tornar a família cada vez mais autónoma e auto-suficiente.

A compreensão dos direitos que lhes assistem constitui sem dúvida, um caminho importante para essa independência da família (Cruz et al. 2003).

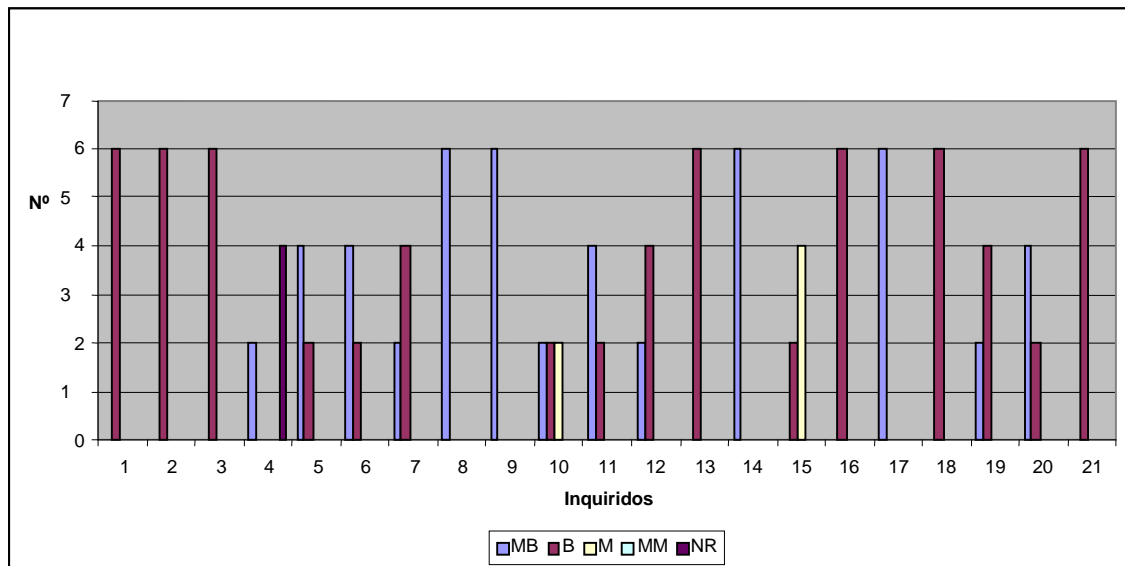


Fig. 16 - Direitos dos Pais

Analisando esta quinta área (F) da escala, que trata exactamente do papel do serviço de IP na informação das famílias sobre os seus direitos e é constituída por apenas 3 itens, nos quais podemos aferir que as famílias de uma maneira geral, encontram-se “satisfeitas” e “muito satisfeitas”, no que diz respeito às questões levantadas por este domínio.

Duas destas famílias, consideram este serviço “mau” ou seja, encontram-se insatisfeitas com a informação prestada pelas técnicas neste domínio, pelo que devemos daqui colher algumas linhas estratégicas se ambicionarmos ampliar o nível de satisfação das famílias face ao serviço de IP.

2.2.7 - Domínio (G) Localização e ligações do serviço

Citando uma vez mais Cruz et al. (2003), para que seja praticável uma intervenção verdadeiramente precoce, é necessária a junção de dois factores: uma sinalização precoce dos casos e um bom conhecimento e visibilidade da resposta da IP junto dos distintos serviços da comunidade e da própria comunidade, de modo a auxiliar a adesão ao serviço.

Em conformidade com a análise da Fig. nº 17 que se reporta ao domínio (G) que trata da satisfação face à acessibilidade do serviço de IP, verificamos que se trata de uma área muito deficitária em que mais de metade das famílias inquiridas, manifestou a sua “insatisfação”, sendo que outras quatro famílias, se consideram mesmo “muito insatisfeitas” .

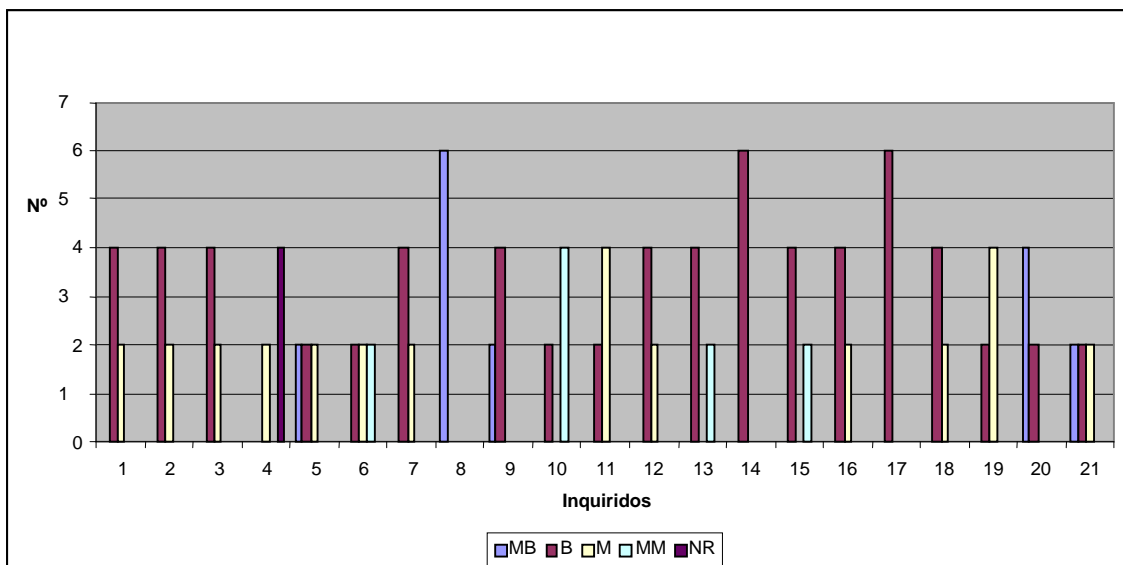


Fig. 17 - Localizações e Ligações ao Serviço

Parece-nos que este facto poderá estar relacionado com o desconhecimento que a população/comunidade tem da existência deste serviço, em virtude da fraca divulgação da Equipa, por falta de recursos económicos e dirigida à comunidade em geral.

Assim, a avaliação dos resultados desta área, apresentam-se negativos quando comparados com as áreas anteriores, dependendo o equilíbrio desta dimensão da escala meramente do elevado nível de flexibilidade do serviço.

2.2.8 - Domínio (H) Estrutura e administração do serviço

Como é observável no Fig. nº 18, que se reporta ao domínio (H) da escala ESFIP, esta é sem dúvida a área que apresenta valores mais “insatisfatórios” e “muito insatisfatórios”, apesar de se tratarem de questões relativas ao funcionamento específico da IP e consequentemente da EID-Estarreja.

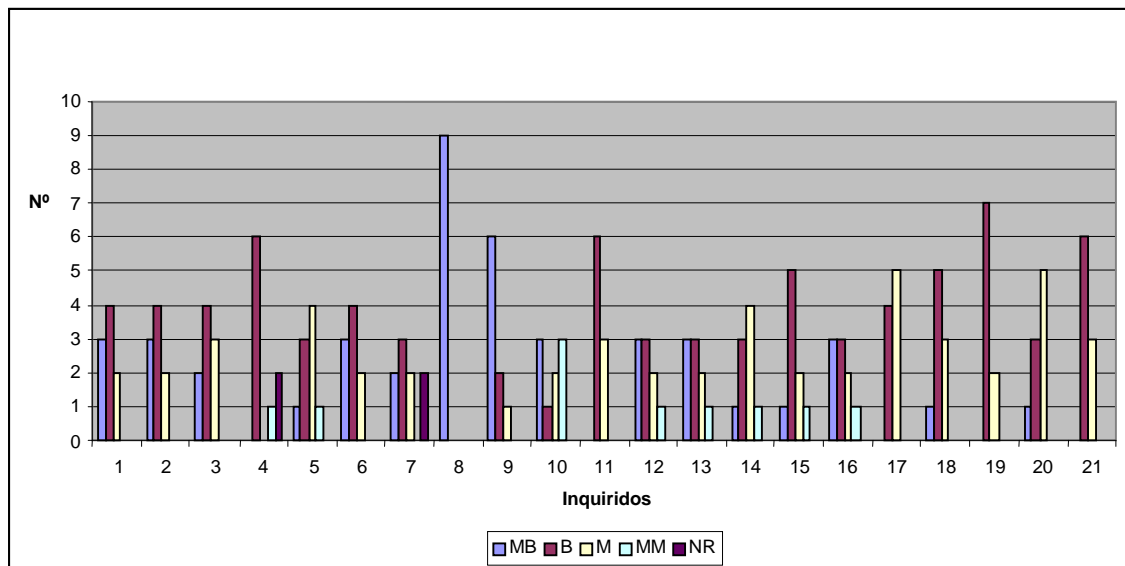


Fig. 18 - Estrutura e Administração do Serviço

Este desconhecimento sobre a estrutura macro do serviço é também acompanhado por um desconhecimento da própria EID onde a técnica que dá apoio à família está integrada. O elevado desconhecimento manifestado pelas cuidadoras, parece-nos ser uma dificuldade das famílias em perspectivar um serviço cujos técnicos fazem também parte de uma outra instituição que lhes presta apoio noutra domínio.

Segundo Cruz et al. (2003), o primeiro contacto entre técnicos e famílias envolve-se de uma assinalável importância para a continuidade e evolução do apoio, exigindo uma grande delicadeza e diplomacia por parte dos técnicos, uma vez que estes, são ainda encarados como elementos estranhos à estrutura e orgânica da família, devendo no entanto ser eles, os grandes promotores da divulgação da estrutura no terreno.

3 - Nível global de satisfação das famílias

Considerados os níveis de satisfação das famílias para cada um dos domínios desta escala de avaliação, cumpre-nos proceder a uma apreciação do nível global de satisfação das famílias do concelho de Estarreja e que estão a ser intervencionadas pelo serviço de apoio de IP.

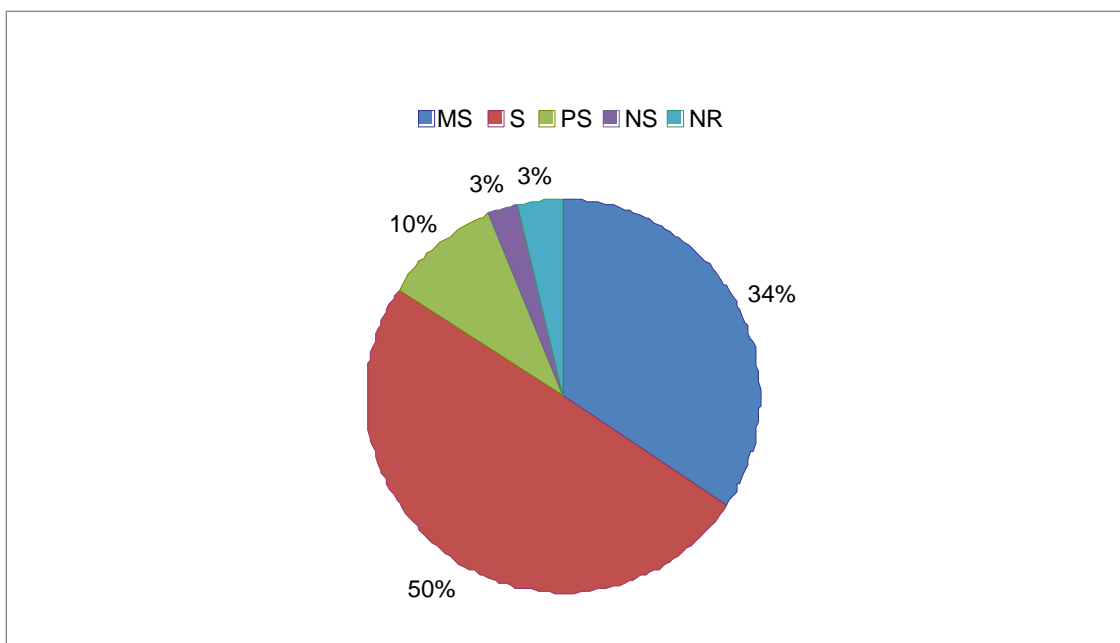


Fig. 19 – Nível Global de Satisfação das Famílias

Pela observação da Fig. nº 19, a um nível muito global e como síntese final de análise de dados, podemos certificar que as famílias apoiadas pela EID-Estarreja, encontram-se, no global, satisfeitas com o serviço que lhes é concedido pelas técnicas de IP.

De acordo com a Fig. 19, onde é feita uma representação da análise da satisfação média das cuidadoras para o conjunto dos itens de avaliação, 50% das inquiridas apresenta-se “satisfeita” e 34% apresenta-se “muito satisfeita” com os apoios recebidos. Apenas 10% das inquiridas apresenta-se “pouco satisfeita”, destacando-se a existência de 3% de inquiridas “nada satisfeita” bem como 3% de não respostas.

Observando mais pormenorizadamente o grau de satisfação das famílias de IP do concelho de Estarreja, conforme se torna claro pela análise da fig. nº 20, verificamos que a família classificada com o número vinte, é a família que apresenta o maior número de respostas de "Muito Satisfeita", seguida da família número nove e da número seis.

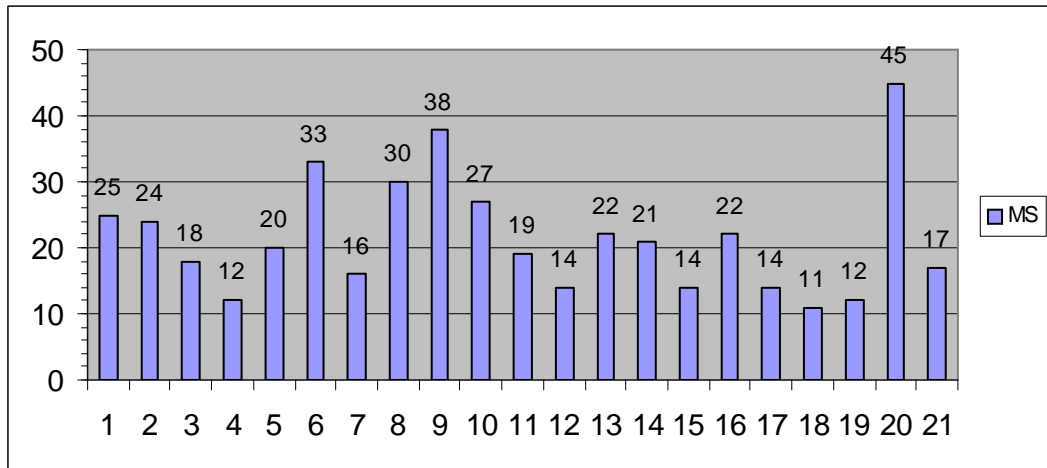


Fig. 20 – Nº de respostas Muito Satisfeitas(MS), por família

De acordo com a observação da Fig. 21, onde é feita uma representação da análise da totalidade das inquiridas que responderam estar "Satisfeitas", verificamos que, de uma forma global, as famílias do concelho de Estarreja encontram-se Satisfeitas, sendo mesmo esta a resposta que predomina sobre todas as outras.

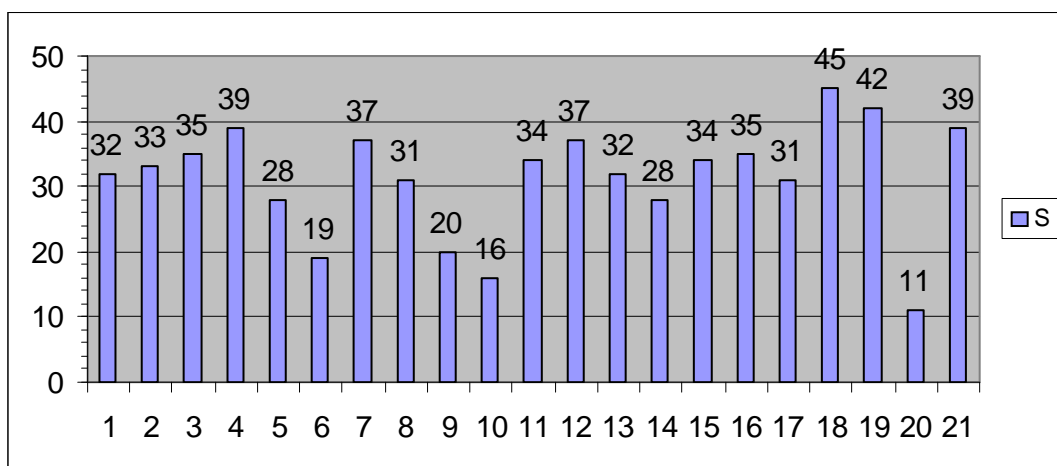


Fig. 21 - Nº de respostas Satisfeitas(S), por família

Lanners e Mombaerts (2000, cit. in Cruz et al, 2003) reconheceram no que diz respeito à escala ESFIP, que o nível de satisfação das famílias alterna conforme a amplitude da satisfação em análise, acontecimento que também comprovamos nos resultados obtidos neste estudo, uma vez que da observação da Fig. nº 22, o número de respostas das famílias que se encontram “pouco satisfeitas”, não é de desvalorizar.

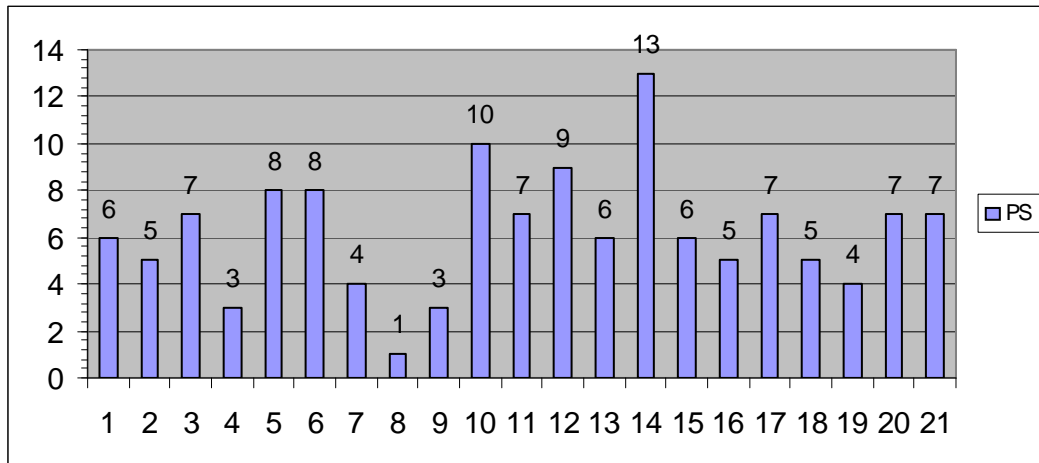


Fig. 22 - Nº de respostas Pouco Satisfeitas(PS), por família

Com a observação da Fig. 23, constatamos que existem famílias que a alguns níveis, se encontram “Nada Satisfeitas” com os serviços de IP. Apesar de se verificar a um nível pouco elevado, mesmo assim não deixa de ser preocupante.

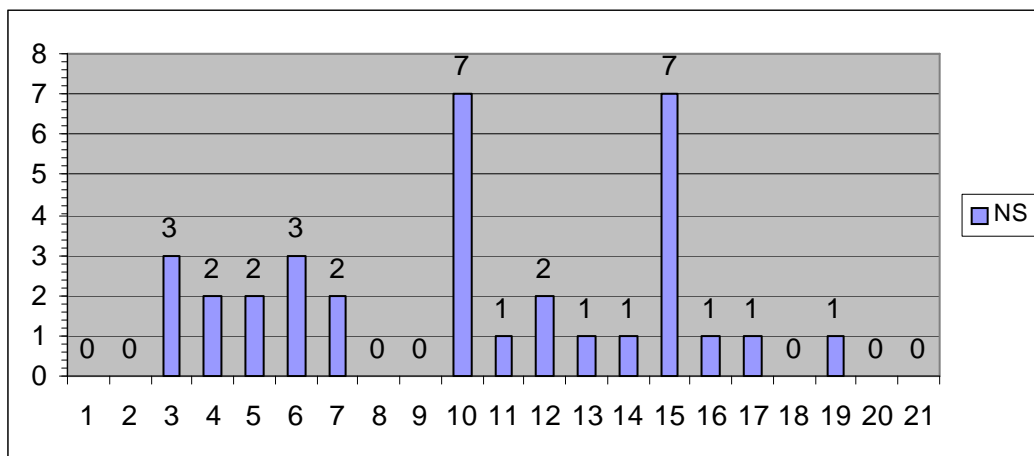


Fig. 23 – Nº de respostas Nada Satisfeitas(NS), por família

Por último, fazemos uma análise à Fig. nº 24 onde podemos observar que existe também um elevado número de “não respostas” a alguns itens da escala, o que nos alerta para a necessidade de compreender, numa fase posterior, o motivo que levou as famílias a não responder.

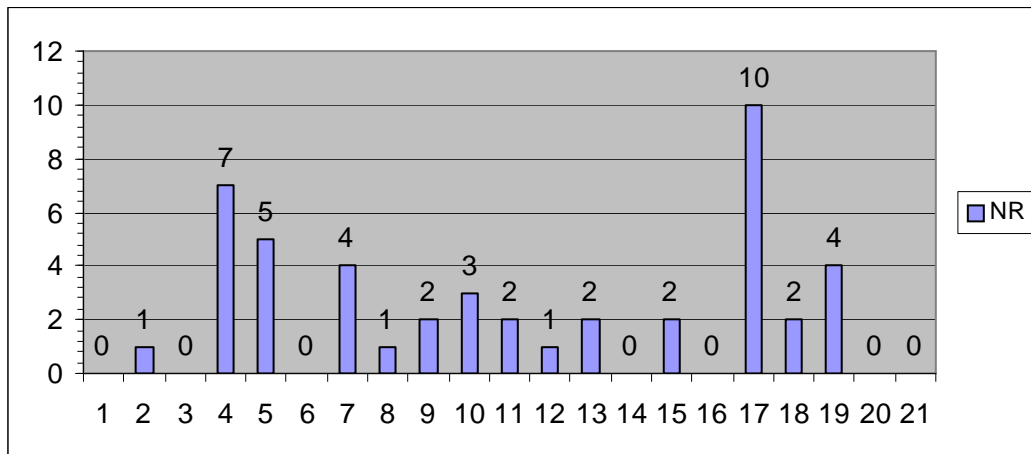


Fig. 24 - Nº de Não Respostas (NR), por família

Esta análise contribuiu para uma reflexão do que tem sido o trabalho de IP no terreno bem como da contribuição da EID e de toda a Estrutura de Intervenção no Concelho de Estarreja, servindo-nos de argumento para as nossas considerações finais, dando resposta às nossas questões de Investigação.

Assim, como já tivemos oportunidade de referenciar, a maioria das famílias abrangidas pelos serviços de IP, encontra-se “Satisfeita”.

O domínio em que as famílias referem uma maior satisfação, é sem dúvida no item D – Relação entre Pais e Profissionais, em que a maioria das inquiridas considera o apoio “Muito Bom”.

Definitivamente, o domínio em que as famílias referem menor satisfação é o domínio H – Estrutura e administração do serviço, em que o grosso modo das resposta se situa no “Mau”, “Muito Mau” ou “Não respondem”. O resultado neste domínio, alertou-nos para o facto do trabalho da Equipa de IP estar a ter pouco impacto na Comunidade. Assim, a elaboração e os resultados obtidos neste estudo, criaram a possibilidade de sensibilizarmos a autarquia no sentido de se gerar uma parceria com a Câmara

Municipal de Estarreja, no sentido de serem impressos vários desdobráveis do Panfleto de divulgação criado pela EID de Estarreja, para serem distribuídos por todo o Concelho, dando assim visibilidade à Estrutura de IP e à própria Equipa (Anexo 13).

Considerações finais

Apesar de em Portugal a objectividade da Intervenção Precoce continuar abalizada pela sua natureza embrionária, constitui uma realidade na actualidade. O presente estudo procurou justamente colaborar para a exploração de novos instrumentos de trabalho. A satisfação das famílias constitui um admirável indicador do trabalho desenvolvido pelos Serviços de IP, uma vez que permite reconhecer pontos fortes e fracos do apoio prestado à família.

Neste estudo, realizado com base na Escala de Satisfação (ESFIP) administrada às famílias apoiadas pela EID de Estarreja, foi possível analisar o grau de satisfação das mesmas, o que nos permitiu retirar algumas conclusões organizadas em torno de algumas ideias chave, tais como, criar oportunidades e meios para desenvolver competências familiares que facilitem e favoreçam o crescimento e desenvolvimento das crianças.

Assim, em conformidade com os resultados obtidos, as famílias apoiadas pela EID, IP de Estarreja, parecem de uma forma geral, satisfeitas com o apoio que lhes é dispensado.

Segundo Cruz et al. (2003) a satisfação das famílias cria um admirável 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.

De harmonia com os resultados obtidos nos questionários, as 21 famílias apoiadas pela EID de Estarreja, apresentam-se, na generalidade satisfeitas com o apoio que lhes é prestado. No que se refere à acessibilidade e à estrutura dos serviços (domínios G e H da escala) foram as áreas em que a insatisfação pelo desconhecimento foi mais notória. Pensamos pois que a divulgação da existência deste serviço junto da comunidade,

poderá ser a chave para uma sinalização e apoio precoce a crianças e famílias, uma vez que uma grande parte das cuidadoras respondeu ser desconhecedora assim como das pessoas ao seu redor da existência deste serviço e da sua estrutura de apoio. Foi também expresso pelas cuidadoras de que depois de terem conhecimento da existência do serviço, o acesso ao apoio é fácil e ausente de burocracias. É igualmente notório o desconhecimento quase generalizado, por parte das cuidadoras, da organização, estruturação e o modo de funcionamento do serviço de IP; desconhecem igualmente, a existência de uma equipa de suporte à técnica de apoio, bem como a existência de uma equipa de coordenação. O não conhecimento dos restantes elementos da EID local , está já a ser colmatada, uma vez que após a análise destes dados, apostamos em reuniões periódicas e programadas com as diversas famílias em apoio.

Os resultados obtidos neste estudo pioneiro no concelho de Estarreja, indigitam primeiramente para uma necessidade de consideração sobre alguns dos aspectos do serviço prestado às famílias e à comunidade local, uma vez que uma sinalização e apoio precoces são incontestavelmente explicação para uma intervenção de sucesso e para um bom desenvolvimento da criança, que lhe permita, tal como nos refere Cruz et al. (2003) desenvolver todas as capacidades essenciais à sua plena cidadania futura, deixando no entanto sempre esta ambiguidade “(? ;)” questionável:

- Que intervenção (? ;);
- Que futuro (? ;);
- Que Intervenção Precoce (? ;)

Reflexão Final

Após este estudo exploratório ficamos mais convictos de que a Intervenção Precoce advogou abertamente à metamorfose de uma perspectiva centrada na criança, para uma perspectiva centrada na família, onde esta, como contexto imediato da criança, adopta uma natureza dominante na forma de atendimento à criança com necessidades especiais.

Deste modo, afigura-se importante estudar, não apenas as necessidades e características destas crianças, mas também as necessidades das suas famílias que têm influência directa e preponderante no seu desenvolvimento, bem como o seu grau de satisfação perante a Intervenção Precoce.

Esta pesquisa visou, precisamente, analisar este aspecto. Pretendeu-se, em suma, averiguar o grau de satisfação das famílias apoiadas em Intervenção Precoce, pela EID de Estarreja, permitindo que os resultados possam contribuir para auxiliar os técnicos de Intervenção Precoce a adequar melhor o seu comportamento profissional às necessidades das famílias, a desenvolver mais competências nas áreas da avaliação do seu grau de satisfação, na problemática da interacção técnico/família e no desenvolvimento de técnicas e estratégias de intervenção familiar.

Pensamos pois, ter aberto um percurso para que se promova no futuro, com uma maior regularidade, uma compreensão de forma mais objectiva e estruturada, a satisfação das famílias de crianças com risco de atraso de desenvolvimento ou em risco, face aos serviços de IP.

Bibliografia

Bailey, D. B. (1989). *Issues and Directions in Preparing Professionals to Work with Young Handicapped Children and their Families*. R. Clifford (Eds.). Baltimore.

Bailey, D. & Wolery, M. (1992). *Teaching Infants and Preschoolers with Disabilities*. Columbus, OH: MacMillan.

Bairrão, J. (1994). A perspectiva ecológica na avaliação de crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias: O caso da Intervenção Precoce. *Inovação*, 7(1), (pp. 37-48).

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (1997). Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. In J. Paul, M. Churton et al. (Eds.), *Foundations of special education. Basic knowledge informing research and practice in special education* (pp 50-72). Pacific Grove, Brookes/Cole Publishing Company.

Brown, W. & Brown C. (1993) Defining Eligibility for Yong Children, In S. Thurman & L. Pearls (Eds), *Family-Centered Early Intervention wit Infants and Toddlers: Innovation Cross-Disciplinary Approaches*. Baltimore: Paul Brooks.

Castro, L. B., Fernandes, J.B., Madeira, M.J.B., Cruz, A.I.V., Veiga, Z.M.L. e Micaelo, M.V. (1995). A Família na Intervenção Precoce. Da filosofia à Acção... *Actas do III Encontro Nacional de Intervenção Precoce*. Projecto Integrado de Intervenção Precoce do Distrito de Coimbra. Coimbra: Ediliber Gráfica.

Correia, L. M.; Serrano, A. M (1994). Impacto dos programas de Intervenção Precoce na criança e nas famílias. *Revista Portuguesa de Educação*. Vol. 7, nº 3. Universidade do Minho. I. E. P.

Correia, L. M.; Serrano, A. M (2002). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce. Das Práticas Centradas na criança às Práticas Centradas nas famílias.* Coleção Ensino Especial. Porto: Porto Editora.

Correia, L. M (1997)., Gonçalves, C. F. (1993). *Envolvimento Parental e Intervenção Precoce. Revista Portuguesa de Educação.* Vol. 6, n.º 2. Universidade do Minho. I.E.P.

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.

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.

Gottwald, S. & Pardy, P. (1997). Public schools. In S. Thurman, J. Cornwell & S. Gttwald (Eds.), *Contexts of Early Intervention: systems and setting.* (pp 215-228). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.

Guralnick, M. (1997). *The Effectiveness of Early Intervention.* Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.

Krauss, M. (2000). Family Assesment Within Early intervention Programs. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.) *Handbook of early childhood intervention* (pp 290-308) Cambridge, UK: Cambrige University Press. – 2ª Edição.

Lanners, R. & Mombaerts, D. (2000). Evaluation of Parents' satisfaction with Early Intervention Services within and Among European Countries: Construction and Aplication of a New Parent Satisfaction Scale. *Infants and Young Children*, 12 (3), (pp. 61-70).

Leitão, F. R. (1989). *Intervenção Educativa Precoce: Um Modelo.* IV Encontro de Educação Especial. Fundação Caloust Gulbenkian, Lisboa.

McWilliam, R.A. (1996 a) Service Delivery Issues in Centered-based Early Intervention. In R.A.McWilliam (Eds), *Rethinking Pull-Out Services in Early*

Intervention – A Professional Resource, (pp 3-25) Baltimore: Paul Brooks Publishing CO.

McWilliam, P.J. (1996 b). Family-Centered Practices in Early Intervention. In P.J. McWilliam, P. Winton & E. Crais (Eds). *Practical Strategies for Family – Centered Intervention*, (pp. 1-14). California: Singular Publishing Grup, Inc.

McWilliam, de P J. (2003) Repensar a avaliação, cap. 4 (pp 66- 79), in McWilliam, de P J. Winton P J., Crais E. R.,2003, *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família*. Coleção Educação Especial. Porto: Porto Editora.

McWilliam, de P J. , Winton P J., Crais E. R. (2003) *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família*. Coleção Educação Especial. Porto: Porto Editora

Meisels, S. & Shonkoff, J. (2000). Early childhood intervention: A Continuing Evolution. In J.P. Shonkoff & S.J.Meisels (Eds.) *Handbook of early childhood intervention*, (pp 3-31) Cambridge, UK, Cambridge University Press. 2ª Edição.

Mott, D. (1997). The Home Environment. In S. Thurman, J. Cornwell & S. Gottwald (Eds.), *Contexts of Early Intervention: systems and settings*, (pp 139-163) Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.

Pimentel, J.,(2005), *Intervenção Focada na Família: desejo ou realidade*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Santos, P., Portugal, G., Simões, O. (2004). Políticas de intervenção na infância: situação e perspectivas da Intervenção Precoce em Portugal in Costa, J., Neto Mendes, A. (Orgs.). *Políticas e Gestão local da Educação*. Aveiro: Universidade.

Simeonsson, R (1991). Primary, Secondary, and Tertiary Prevention in Early Intervention. *Journal of Early Intervention*, 15 (2), (pp. 124-134)

Simeonsson, R. (1996). Family expectations, encounters, and needs. In M. Brambring, H. Rauh, and A. Beelmann (Eds.), *Early childhood intervention: Theory, evaluation, and practice*, (pp. 196-207). Berlin, New York: de Gruyter.

Simeonsson, R., & Bailey (1990). Family Dimensions in early intervention. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*, (pp 428 – 444). Cambridge, England: University Press.

Thurman, S. (1997). Systems, Ecologies, and the Context of Early Intervention. In S. Thurman, J. Cornwell & S. Gottwal (Eds.), *Contexts of Early Intervention: systems and setting*, (pp 3 – 17) Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.

Turnbull, A., Summers, J. & Brotherson, M. (1986). Family Life Cycle. In A.P.Turnbull & H.R.Turnbull (Eds.). *Families, Professionals and Exceptionality: A Special partnership*. Columbus: E. Merrill Publishing.

Winton, P. (1996). Understanding Family concerns, Priorities, and Resources. In R. McWilliam, P. Winton & E. Crais (Eds.). *Practical Strategies for Family-Centered Early Intervention*, (pp. 31-54) San Diego, Singular Publishing Group, Inc.

www.ine.pt - Censos 2001

Referências Legislativas

1986 – Lei 46/86, de 14 de Outubro – Lei de Bases do Sistema Educativo. Revisão pela Lei 115/97, de 19 de Setembro.

1991 – Decreto-Lei 319/91, de 23 de Agosto, Regulamentado pela Portaria nº 611/93 de 29 de Julho.

1993 - Portaria nº 611/93 de 29 de Julho, aplica o disposto no Decreto-Lei 319/91 às crianças com NEE que frequentam os jardins de infância.

1999 – Despacho Conjunto nº 891/99, de 19 de Outubro.

2008 – Decreto-Lei 3/2008, de 7 de Janeiro.

ANEXOS

Anexos:

Anexo 1 – Ficha de Pedido de Apoio

Anexo 2 – Ficha de Resposta

Anexo 3 – Ficha de aceitação do apoio

Anexo 4 – Ficha de recusa do apoio

Anexo 5 – Ficha de Identificação Pessoal de IP de Aveiro

Anexo 6 – PIAF

Anexo 7 a) – Autorização dos autores da Escala e do PIIP

Anexo 7 b) – Autorização do PIIP

Anexo 8 – Autorização do ECD

Anexo 9 – Autorização do Director do Centro de Saúde da área de influência

Anexo 10 – Instrumento de Trabalho (Escala EPASSEI)

Anexo 11 – Declaração de Consentimento

Anexo 12 – Grelha de caracterização das famílias de IP

Anexo 13 – Panfleto de Divulgação da EID – Estarreja



Hospital Distrital e Universidade de Aveiro



PEDIDO DE APOIO EM INTERVENÇÃO PRECOZE¹

À Equipa de Intervenção Directa de IP de _____

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome: _____ Data Nascimento ____/____/____

Filiação: _____

Residência: _____

_____ Tel. _____

Contacto: _____

ONDE ESTÁ A CRIANÇA DURANTE O DIA?

Em casa Na creche Na ama Outros _____

Quem pede o apoio em intervenção precoce (nome / serviço)? _____

Morada: _____ Telef: _____

Porque é pedido o apoio / caracterização da situação? _____

A família foi informada sobre a estrutura de IP? _____

Assinatura: _____ Data ____/____/____

¹ (Seg. Desp. Conj. 891/99, para "crianças dos 0 aos 3 anos, que apresentem deficiência ou risco de atraso grave de desenvolvimento")



SEGURANÇA SOCIAL



Direcção Regional
de Educação do Centro



Ministério da Saúde

ASJC
Associação Portuguesa de Saúde
Cognitiva

Hospital Distrital e Universidade de Aveiro

RESPOSTA AO PEDIDO DE APOIO EM INTERVENÇÃO PRECOZE¹

Nome da criança: _____

Vai passar a ser apoiada pela Equipa de Intervenção Directa

Data previsível do início do apoio ____/____/____

Tipo de apoio previsto _____

Interlocutor da EID junto da família _____

Não foi possível incluí-la no conjunto de crianças em apoio

Motivo _____

Encontra-se em lista de espera

Encaminhamento para outros serviços

Motivo _____

Os pais não aceitaram o apoio

Motivo: _____

Assinatura dos pais: _____

Data: ____/____/____

EID de _____ Data: ____/____/____

Assinatura do dinamizador da EID: _____

¹ A preencher pela Equipa de Intervenção Directa e enviar à entidade que pediu o apoio no prazo de 1 mês após a recepção do pedido. Enviar cópia à Equipa de Coordenação Distrital de IP.



Hospital Infante D. Pedro e Universidade de Aveiro

**DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO APOIO EM INTERVENÇÃO PRECOCE
(Despacho Conjunto 891/99, de 19-10)**

Declaro para os devidos e legais efeitos que aceito a proposta da Equipa de Intervenção Precoce de _____, de me apoiar na promoção do desenvolvimento do meu educando / da minha educanda, _____.

_____, de _____ de 20____.

Os Encarregados de Educação,



SOLIDARIEDADE E SOLICITANÇA SOCIAL



Hospital Infante D. Pedro e Universidade de Aveiro



DECLARAÇÃO DE RECUSA DO APOIO EM INTERVENÇÃO PRECOCE
(Despacho Conjunto 891/99, de 19-10)

Declaro para os devidos e legais efeitos que recuso a proposta da Equipa de Intervenção Precoce de _____, de me apoiar na promoção do desenvolvimento do meu educando / da minha educanda, _____.

_____ de _____ de 20__.

Os Encarregados de Educação.



Hospital Distrital e Universidade de Aveiro

PLANO INDIVIDUALIZADO DE APOIO À FAMÍLIA

A CRIANÇA

Nome: _____

Data de Nasc. ____/____/____

INTERVENIENTES:

PAI: _____

Mãe: _____

Interlocutor da EID junto da Família: _____

Outros: _____

Início em ____/____/____

A FAMÍLIA:



Constituição do Agregado Familiar

Nome	Parentesco	Data Nasc.	Estado civil	Escolaridade	Eventuais Problemas

OBSERVAÇÕES: _____

PESSOAS COM QUEM POSSO CONTAR

Na Minha Família: _____

Outras Pessoas (amigos, vizinhos...): _____

Nos Serviços da Comunidade(Câmara, S. Social, Junta de Freguesia, Centro de Saúde, Hospital, Escola, Jardim de Infância/Creche, Equipa de Intervenção Precoce, ...):



SEGURANÇA SOCIAL



Direção Regional
de Educação do Centro



Ministério da Saúde

AISC
Associação Nacional de Instituições
de Saúde

AS COISAS BOAS QUE A MINHA FAMÍLIA TEM

O QUE NOS PREOCUPA/OS NOSSOS SONHOS/OS NOSSOS DESEJOS:

O QUE É PRECISO FAZER:



SEGURANÇA SOCIAL



Direcção Regional
de Educação do Centro



O MEU FILHO/ A MINHA FILHA

É capaz de:

___/___/___

Tem dificuldades em:

___/___/___



SEGURANÇA SOCIAL



Direcção Regional
de Educação do Centro



O MEU FILHO/ A MINHA FILHA

É capaz de:

___/___/___

Tem dificuldades em:

___/___/___



SEGURANÇA SOCIAL



Direção Regional
de Educação do Centro



O MEU FILHO/ A MINHA FILHA

É capaz de:

____/____/____

Tem dificuldades em:

____/____/____



SEGURANÇA SOCIAL



Direção Regional
de Educação do Centro



A MINHA FAMÍLIA

É capaz de:

___/___/___

Tem dificuldades em:

___/___/___



A MINHA FAMÍLIA

É capaz de:

____/____/____

Tem dificuldades em:

____/____/____



SEGURANÇA SOCIAL



Direção Regional
de Educação do Centro



A MINHA FAMÍLIA

É capaz de:

___/___/___

Tem dificuldades em:

___/___/___



SEGURANÇA SOCIAL



Direção Regional
de Educação do Centro



O QUE PRECISAMOS FAZER PARA APOIAR O DESENVOLVIMENTO DO NOSSO(A) FILHO(A)

DATA	O QUE VAMOS FAZER	QUEM FAZ	O QUE CONSEGUIMOS



SEGURANÇA SOCIAL



Direcção Regional
de Educação do Centro



O QUE PRECISAMOS FAZER PARA AJUDAR A NOSSA FAMÍLIA

DATA	O QUE VAMOS FAZER	QUEM FAZ	O QUE CONSEGUIMOS

part of V's Ex's, I subscribe myself, with the best compliments.
Fátima Martins

dwelling

LANNERS Romain <romain.lanners@unifr.ch>
Para: maria martins <martins.psi@gmail.com>

30 de setembro de 2008 16:39

Dear Mrs. Martins Fernandes,

Thanks for your request. You can use the parents satisfaction scale for your research project under condition that you cite the sources correctly.

With nice greetings from Switzerland

Romain Lanners

Dr Romain Lanners
Responsable de la pédagogie curative clinique (BA PCC)
Responsable de l'éducation précoce spécialisée (EPS)
Verantwortlicher für Heilpädagogische Früherziehung (HFE)

University of Fribourg
Institute for Special Education
Rue Saint-Pierre-Canisius, 19-21
CH-1700 FRIBOURG (Switzerland)

Phone: +41/26/300 77 23
Fax: +41/26/300 97 49
E-Mail: romain.lanners@unifr.ch

<http://www.unifr.ch>
<http://www.unifr.ch/spedu/>

[Texto das mensagens anteriores omitido]

maria martins <martins.psi@gmail.com>
Para: pip.coimbra@mail.telepac.pt

2 de outubro de 2008 11:40

Exm^{as} Senhores elementos da
Equipe de Coordenação Distrital do PIIP de Coimbra

Sou uma aluna que estou a frequentar o Mestrado em Psicologia da Educação e Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa e pretendo realizar a Dissertação sobre o tema:

"Satisfação das famílias em intervenção precoce", em que se pretende abranger todas as famílias do Concelho de Estarreja que estão envolvidas em intervenção precoce, venho por este meio solicitar autorização para utilizar no estudo empírico o questionário de "Avaliação da Satisfação das Famílias", anexo I da publicação sobre o projecto investigar em intervenção precoce, ANIP - PIIP - Programa ser criança, Livros SNR, nº 21, 2003, com o objectivo do mesmo ser passado às famílias sinalizadas na EID de Estarreja e com o objectivo de avaliar o seu grau de satisfação.

Mais se informa que o referido questionário destina-se apenas para recolha e tratamento de dados para a Dissertação em causa, sendo garantido o anonimato e confidencialidade dos dados recolhido, e como podem verificar no presente e-mail, obtive a autorização dos respectivos autores.

Grata pela atenção dispensada, subscrevo-me com os melhores cumprimentos.

Fátima Martins

[Texto das mensagens anteriores oculto]

PIIP - Coimbra <piip.coimbra@mail.telepac.pt>
Para: martins.psi@gmail.com

6 de outubro de 2008 13:59

Exmª Senhora
Drª Fátima Martins,

Na sequência da reunião da Equipa de Coordenação do PIIP - Distrito de Coimbra do passado dia 2-10-2008, na qual foi analisado o email enviado por V. Exª, encarrega-me a Equipa de Coordenação de fornecer a Escala "Avaliação da Satisfação das Famílias", traduzida e adaptada para a população portuguesa (com autorização dos seus autores), assim como o Manual.

Desejando um bom trabalho, subscrevo-me
Com os melhores cumprimentos


Pelos Serviços Administrativos
Fernando Raposo

— Original Message —

From: maria martins

[Texto das mensagens anteriores oculto]

2 anexos

 **Manual EPASSEI_português.pdf**
193K

 **Escala EPASSEI_português.pdf**
77K



INTERVENÇÃO PRECOCE AVEIRO¹

Exma. Senhora Dr.ª

Assunto: Autorização da ECD

Vimos por este meio comunicar-lhe que após a Reunião da Equipa de Coordenação Distrital de Intervenção Precoce de Aveiro do dia 23 de Outubro do corrente, em que foi analisado o pedido da Dr.ª Fátima Martins.

A ECD dá-lhe autorização para contactar as famílias sinalizadas na Equipa de Intervenção Directa de Estarreja, para que possa realizar o questionário de avaliação da satisfação das famílias em Intervenção Precoce.

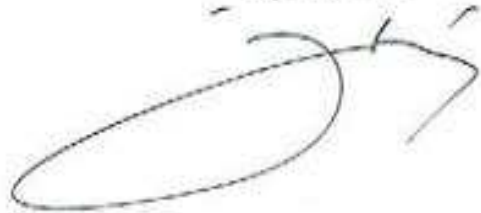
Com melhores cumprimentos e votos de sucesso para o seu trabalho.

Aveiro, 28 de Outubro de 2008.

P'la Equipa de Coordenação Distrital de IP de Aveiro,

INTERVENÇÃO PRECOCE AVEIRO
Equipa de Coordenação Distrital

Autografo -
28-10-2011



Exmº Senhor
Director do

ASSUNTO: Pedido de Autorização

Estando a frequentar o Mestrado em Psicologia da Educação e Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa e pretendendo realizar a Dissertação sobre o tema: "Satisfação das famílias em Intervenção Precoce", em que se pretende abranger todas as famílias do Concelho de Estarreja que estão envolvidas em Intervenção Precoce, venho por este meio solicitar autorização para contactar as famílias sinalizadas na EID de Estarreja, com o objectivo de realizar a passagem de um questionário de avaliação da sua satisfação, uma vez que já obtive autorização dos autores e da ANIP.

Mais se informa que o referido questionário se destina apenas para tratamento de dados para o estudo empírico da Dissertação em causa e que é anónimo, confidencial e que os dados serão recolhidos apenas após a devida informação da natureza das perguntas aos entrevistados e com a prévia autorização dos mesmos, garantindo a sua privacidade.

Com os melhores cumprimentos,

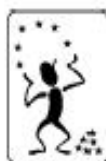
Pede Deferimento,



(MP Fátima Martins Fernandes)

ESAPIP: ECHELLE EUROPEENNE DE LA SATISFACTION DES PARENTS PAR RAPPORT A L'INTERVENTION PRECOCE

Personne de contact:
Dirk MOMBAERTS
Dienst vroegtijdige thuisbegeleiding - "De Kangoeroe"
Brusselsesteenweg 7 B - B- 9090 Melle (Belgium)
Tél: +32/9/2325353 - Fax: +32/9/2323530
E-Mail: De_Kangoeroe@village.usnet.be



EPASSEI: EUROPEAN PARENTAL SATISFACTION SCALE ABOUT EARLY INTERVENTION

Reference person:
Romain LANNERS
Institut de Pédagogie Curative - Université de Fribourg
19 Rue St-Pierre-Canisius - CH-1700 Fribourg (Switzerland)
Tél: +41/26/3007723 - Fax: +41/26/3009749
E-Mail: Romain.Lanners@Unifr.CH



© EarlyAid 1999

EPASSEI

European Parental Satisfaction
Scale about Early Intervention

ESAPIP

Echelle Européenne de la Satisfaction des Parents
par rapport à l'Intervention Précoce

EZUSÜF

Europäische Eltern-Zufriedenheits-Skala
Über Frühförderung

ESSOv

Europese Schaal voor Satisfactie van de
Ouders in de Vroebegeleiding

ESFIP

Escala Europeia de Satisfação
das Famílias em Intervenção Precoce

EURLY AID
Europäisches Netzwerk in Frühhilfe
European Network in Early Intervention
Réseau Européen en Aide Précoce



Earlyaid Coordination: M Helmut Heinen
Dienststelle für Personen mit Behinderung
Aachenerstrasse 69-71 B-4780 St-Vith (Belgium)
Tel: +32/80/229111 - Fax: +32/80/229098
E-mail: dph@eunego.net

ESAPIP: ECHELLE EUROPEENNE DE LA SATISFACTION DES PARENTS PAR RAPPORT A L'INTERVENTION PRECOCE

Personne de contact:
Dirk Mombaerts
Dienst vroegtijdige thuisbegeleiding - "De Kangeroe"
Brusselsesteenweg 7 B - B- 9090 Melke (Belgium)
Tél: +32/9/2325353 - Fax: +32/9/2323530
E-Mail: De_Kangeroe@village.usnet.be



EPASEI: EUROPEAN PARENTAL SATISFACTION SCALE ABOUT EARLY INTERVENTION

Reference person:
Romain Lanners
Institut de Pédagogie Curative - Université de Fribourg
19 Rue St-Pierre-Canisius - CH-1700 Fribourg (Switzerland)
Tél: +41/26/3007723 - Fax: +41/26/3009749
E-Mail: Romain.Lanners@Unifr.CH



© EarlyAid 1999

EPASSEI

European Parental Satisfaction
Scale about Early Intervention

ESAPIP

Echelle Européenne de la Satisfaction des Parents
par rapport à l'Intervention Précoce

EZUSÜF

Europäische Eltern-Zufriedenheits-Skala
Über Frühförderung

ESSOv

Europese Schaal voor Satisfactie van de
Ouders in de Vroebegeleiding

EURLY AID
Europäisches Netzwerk in Frühhilfe
European Network in Early Intervention
Réseau Européen en Aide Précoce



Earlyaid Coordination: Mr Helmut Heinen
Dienststelle für Personen mit Behinderung
Aachenerstrasse 60-71 B-4780 St-Vith (Belgium)
Tel: +32/80/229111 - Fax: +32/80/229098
E-mail: dpt@euregio.net

Entrevistador:.....
 Data:...../...../.....
 Hora Início:hm
 Hora Fim:hm

Parte 1: Dados Gerais

A) Para começar gostaríamos que nos 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 sabe ler nem escrever (1)
 Menos que a 4ª classe (2)
 4ª classe (3)
 6º ano (Telescola ou 2º ano do ciclo preparatório) (4)
 9º ano (antigo 5º ano) (5)
 11º ano (antigo 7º ano) (6)
 12º ano (antigo propedéutico) (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)
 Cumpre serviço militar obrigatório (6)
 Outra situação. Qual? _____

A5) Se tem ou já teve uma profissão, indique-nos 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 (4)
 com 10 ou mais empregados ao serviço (5)

A6) Em que domínio de actividade trabalha ou trabalhava?

- | | |
|---|------|
| <input type="checkbox"/> Agricultura | (1) |
| <input type="checkbox"/> Comércio | (2) |
| <input type="checkbox"/> Indústria | (3) |
| <input type="checkbox"/> Escritórios | (4) |
| <input type="checkbox"/> Banca/Seguros | (5) |
| <input type="checkbox"/> Administração pública | (6) |
| <input type="checkbox"/> Construção civil | (7) |
| <input type="checkbox"/> Distribuição de água, gás ou electricidade | (8) |
| <input type="checkbox"/> Transportes | (9) |
| <input type="checkbox"/> Minas e extração | (10) |
| <input type="checkbox"/> Forças armadas/forças de segurança | (11) |
| Outro. Qual? _____ | |

A7) Se tem ou já teve uma profissão, pode indicá-la e descrevê-la de forma pormenorizada? (caso o entrevistado tenha mais de uma profissão ou emprego indicar apenas a principal, caso seja militar indicar o posto que ocupa)

B) Gostaríamos agora de lhe colocar algumas questões acerca da sua família:**B1) Qual é o seu grau de parentesco face à criança apoiada?**

- | | |
|------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Pai | (1) |
| <input type="checkbox"/> Mãe | (2) |
| <input type="checkbox"/> Avô | (3) |
| <input type="checkbox"/> Avó | (4) |
| Outro. Qual? _____ | |

B2) Qual é a sua situação familiar?

- | | |
|---|-----|
| <input type="checkbox"/> Casado/a ou unido de facto | (1) |
| <input type="checkbox"/> Este é o seu 2º casamento (família reconstituída) | (2) |
| <input type="checkbox"/> É pai/mãe solteiro/a, viúvo/a ou divorciado/a (família monoparental) | (3) |
| <input type="checkbox"/> É pai/mãe adoptivo/a (família adoptiva) | (4) |

B3) Quantos irmãos tem a criança apoiada?

..... irmãos

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) |
|------------------------------------|-------|-------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Janeiro | (1) | <input type="checkbox"/> 1991 | |
| <input type="checkbox"/> Fevereiro | (2) | <input type="checkbox"/> 1992 | |
| <input type="checkbox"/> Março | (3) | <input type="checkbox"/> 1993 | |
| <input type="checkbox"/> Abril | (4) | <input type="checkbox"/> 1994 | |
| <input type="checkbox"/> Maio | (5) | <input type="checkbox"/> 1995 | |
| <input type="checkbox"/> Junho | (6) | <input type="checkbox"/> 1996 | |
| <input type="checkbox"/> Julho | (7) | <input type="checkbox"/> 1997 | |
| <input type="checkbox"/> Agosto | (8) | <input type="checkbox"/> 1998 | |
| <input type="checkbox"/> Setembro | (9) | <input type="checkbox"/> 1999 | |
| <input type="checkbox"/> Outubro | (10) | <input type="checkbox"/> 2000 | |
| <input type="checkbox"/> Novembro | (11) | | |
| <input type="checkbox"/> Dezembro | (12) | | |

C3) 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? _____

C4) 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):..... (C4a)

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?**

Desde o mês de	(D1a) do ano	(D1b)
<input type="checkbox"/> Janeiro	(1)	<input type="checkbox"/> 1991
<input type="checkbox"/> Fevereiro	(2)	<input type="checkbox"/> 1992
<input type="checkbox"/> Março	(3)	<input type="checkbox"/> 1993
<input type="checkbox"/> Abril	(4)	<input type="checkbox"/> 1994
<input type="checkbox"/> Maio	(5)	<input type="checkbox"/> 1995
<input type="checkbox"/> Junho	(6)	<input type="checkbox"/> 1996
<input type="checkbox"/> Julho	(7)	<input type="checkbox"/> 1997
<input type="checkbox"/> Agosto	(8)	<input type="checkbox"/> 1998
<input type="checkbox"/> Setembro	(9)	<input type="checkbox"/> 1999
<input type="checkbox"/> Outubro	(10)	<input type="checkbox"/> 2000
<input type="checkbox"/> Novembro	(11)	<input type="checkbox"/> 2001
<input type="checkbox"/> Dezembro	(12)	

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

Gostariamos 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 bom“, „muito boa“, „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 seguro/a no lidar com a sua criança:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
7. Tem 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 actividades de grupo entre os pais são:	Muito Boas	Boas	Más	Muito Más

B. Apoio à criança

16. O apoio prestado pelo serviço de IP à sua criança é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
17. O apoio prestado está adaptado às necessidades e à 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 às actividades diárias (tomar banho, dormir, ...) do seu filho é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
23. A atenção, informação e/ou aconselhamento relativamente ao desenvolvimento social do seu filho é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
24. A atenção, informação e/ou aconselhamento relativamente à escolha, compra e uso de material adaptado ao seu filho é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
25. 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
26. As ofertas de actividades de grupo para crianças facultadas pelo serviço são:	Muito Boas	Boas	Más	Muito Más
27. A forma como os técnicos se relacionam com o seu filho é:	Muito Boa	Bom	Má	Muito Má

C. Ambiente social

28. Sente que pode falar com os técnicos acerca das questões e reacções dos irmãos da criança:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
29. No apoio que prestam, os técnicos também estão atentos às necessidades dos irmãos:	Muito Atentos	Atentos	Pouco Atentos	Nada Atentos
30. Pode falar com a técnica acerca de questões e reacções dos seus parentes, amigos e vizinhos:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca

D. Relação entre pais e profissionais

31. Sente que a técnica de IP o/a compreende:	Muito Bem	Bem	Mal	Muito Mal
32. Os técnicos fazem uma clara distinção entre o apoio que vos prestam e a vossa privacidade:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca

33. Pode colocar aos técnicos as suas dúvidas e críticas relativamente ao apoio que vos é prestado:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
34. Os técnicos aceitam as suas decisões:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
35. Sente que as decisões são tomadas por si:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
36. Os técnicos respondem às suas questões:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca

E. Modelo de apoio

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

F. Direitos dos pais

52. Sabe que em caso de problema pode entrar em contacto com os técnicos:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
53. Sabe que pode decidir a qualquer momento se quer continuar ou terminar o apoio:	Muito Bem	Bem	Mal	Muito Mal
54. 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

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

H. Estrutura e administração do serviço

(nesta secção poderão introduzir questões relativas ao funcionamento específico do vosso serviço)

58. Conhece a estrutura do serviço de IP (equipas de supervisão e de coordenação):	Muito Bem	Bem	Mal	Muito Mal
59. Sabe a quem se pode queixar se não estiver a gostar do serviço de IP:	Muito Bem	Bem	Mal	Muito Mal
60. Conhece ou sabe quem são os técnicos que compõem a equipa de IP:	Conheço Bem	Conheço	Conheço Mal	Não Conheço
61. Gostava que os técnicos não mudassem tantas vezes:	Gostava Muito	Gostava	Gostava Pouco	Não Gostava
62. O primeiro contacto com os técnicos de IP foi:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
63. Durante a avaliação do seu filho sentiu-se envolvido/a:	Muito Envolvido	Envolvido	Pouco Envolvido	Nada Envolvido
64. O PIAF ajuda-o/a a planear o trabalho com a sua criança:	Ajuda Muito	Ajuda	Ajuda Pouco	Não Ajuda
65. 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
66. A IP ajudou-o/a a sentir-se mais confiante para resolver os seus problemas:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a "Declaração de Helsíngua" da Associação Médica Mundial
(Helsíngua 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo (em português):

.....
.....

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsíngua, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: ____ / ____ / 200__

Assinatura do doente ou voluntário são: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Grelha de Caracterização das Famílias de IP

Família:	Criança:	Sexo	Data Nasc	Constituição da Família(nº agregado)	Local Residência	Meio Residência U/R	Risco
1	1	Masculino	28/05/2005	5 pessoas	Santiais-Beuido	Rural	Estabelecido
2	2	Feminino	27/02/2006	7 pessoas	Estarreja	Urbano	Envolvimental/Estabelecido
3	3	Feminino	27/03/2006	5 pessoas	Avanca	Rural	Envolvimental
4	4	Masculino	23/12/2004	4 pessoas *	Pardilhó	Rural	Estabelecido
5	5	Masculino	04/01/2006	3 pessoas	Pardilhó	Rural	Envolvimental
6	6	Feminino	02/03/2007	5 pessoas	Avanca	Rural	Biológico
7	7	Masculino	04/09/2008	7 pessoas	Pardilhó	Rural	Biológico
8	8	Feminino	13/02/2004	4 pessoas	Avanca	Rural	Biológico/Estabelecido
9	9	Masculino	22/06/2007	3 pessoas*	Fernelã	Rural	Envolvimental
	10	Masculino	07/09/2005	3 pessoas	Fernelã	Rural	Envolvimental
	11	Masculino	30/07/2005	6 pessoas	Fernelã	Rural	Envolvimental
	12	Masculino	30/07/2005	6 pessoas	Fernelã	Rural	Envolvimental
	13	Feminino	25/11/2005	3 pessoas	Avanca	Rural	Estabelecido
	14	Masculino	19/11/2004	2 pessoas*	Canelas	Rural	Estabelecido
	15	Masculino	19/11/2008	3 pessoas	Avanca	Rural	Envolvimental(mãe adolese)
	16	Feminino	01/02/2008	6 pessoas	Veiros	Rural	Envolvimental/Estabelecido
	17	Masculino	09/04/2004	3 pessoas	Estarreja	Urbano	Estabelecido
	18	Masculino	25/07/2005	5 pessoas*	Pardilhó	Rural	Envolvimental
	19	Feminino	17/06/2005	9 pessoas	Pardilhó	Rural	Envolvimental
	20	Feminino	23/11/2005	4 pessoas	Salreu	Rural	Envolvimental/Estabelecido
	21	Masculino	05/01/2006	3 pessoas	Avanca	Rural	Envolvimental
	22	Masculino	05/01/2005	4 pessoas	Salreu	Rural	Envolvimental
	23	Feminino	24/08/2007	6 pessoas	Pardilhó	Rural	Estabelecido

* família monoparental

A nossa equipa...

A nossa equipa é constituída por:

- 1 Educóloga (dinamizadora)
- 1 Enfermeira
- 1 Médica
- 2 Educadoras do Ministério da Educação
- 1 Técnica de serviço social
-

Sede: Centro de Saúde de Estarreja

Rua Almeida Ega

3860 - 335 Estarreja

Tel: 234 810 600

Fax: 234 810 601



Equipa de Intervenção de Directa de Estarreja

Intervir precocemente...

Porquê?



CRESCER É
NÃO TER
MEDO DE SER
DIFERENTE...
CRESCER É
APRENDER!!!

Auto r de scõnh e cido

O QUE É A INTERVENÇÃO PRECOCE?

Consiste na prestação de serviços a crianças do nascimento aos 6 anos de idade, preferencialmente dos 0 aos 3, para "promover a saúde e o bem-estar da criança, potenciar as suas competências emergentes, minimizar os atrasos de desenvolvimento, remediar deficiências existentes ou emergentes, prevenir a deterioração funcional e promover as competências adaptativas dos pais e o funcionamento global da família".

(Skonkoffle e Meizels, 2000)



OS NOSSOS OBJECTIVOS ...

- Criar condições facilitadoras do desenvolvimento global da criança;
- Optimizar as condições da interacção criança/família;
- Envolver a comunidade no processo de intervenção.



Através de visitas domiciliárias e/ou outros contextos que as crianças frequentam (creche, ama, etc.) capacitamos as famílias e os profissionais na promoção do desenvolvimento das suas crianças;

Além do contexto familiar, tendo em conta uma perspectiva ecológica, mobilizar os recursos da comunidade por forma a atender às necessidades da família.



COMO É A NOSSA INTERVENÇÃO?

- Centrada na família;
- Baseada nas forças;
- Ecológica;
- Reflexiva;
- Focada nas relações.

