

DM
DIAS/S1



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

MESTRADO EM PSICOLOGIA EDUCACIONAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Caracterização da Unidade de Desenvolvimento, do Serviço de Pediatria,
do Hospital de Santa Maria, enquanto Serviço de Intervenção Precoce**

Sandra Cristina Camisão Dias

Nº 14078



Dissertação Orientada Por: Júlia Serpa Pimentel

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

2007

ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Curso de
Especialização em
Registo: 17767
Data: 27/10/2008
Tel.: 21 831 17 50 - libispa@ispa.pt

II

Ao Zé e aos meus pais,
por formarem o triângulo
que me serve de porto de abrigo

À minha avó Maximina,
por ser uma estrela cheia de luz
e força no meu céu.

É com dedicação e carinho que termino esta tese, cujo real objectivo é contribuir para um aumento na qualidade de vida e dignidade de todas as crianças e suas famílias.

Quero agradecer ao Zé por ser um pilar de amor e segurança, por me apoiar em tudo o que faço e por me permitir sonhar e ser criança. Aos meus pais agradeço o infindável estímulo, a paciência nos momentos menos bons e o apoio que sempre me deram. À minha família, por me fazerem querer ser uma pessoa melhor.

À Professora Doutora Júlia Serpa Pimentel pela sua, já habitual, orientação, disponibilidade, e apoio, sem os quais esta tese não seria possível. Agradeço-lhe, também, pelo exemplo profissional que é para mim e pela sua enorme dedicação ao mundo da intervenção precoce. À Professora Doutora Manuela Verríssimo e às minhas colegas pelo seu apoio, estímulo e enorme contribuição profissional.

A todas as técnicas da Unidade de Desenvolvimento, do Serviço de Pediatria, do Hospital de Santa Maria por toda a ajuda, disponibilidade e por me fazerem crescer tanto a nível pessoal e profissional. A paixão e dedicação que sempre transmitiram no seu trabalho ajudaram-me a definir-me e a ter o privilégio de poder trabalhar em algo que adoro e ainda contribuir, ajudando os outros.

E ainda, um especial agradecimento a todas as crianças e famílias que, não só possibilitaram este estudo, como me fazem acreditar com cada sorriso, cada lágrima e cada olhar que as crianças são o melhor do mundo e que, por elas vale a pena mudar. São elas que me mostram quem sou, quem quero ser, o que posso dar, me fazem crescer e continuar a sonhar.

Na recta final deste trabalho perdi o meu principal pilar de estabilidade, segurança e amor, o meu melhor amigo, uma alma gémea. Ninguém me conhecia tão bem e me amava por isso. Mas só te perdi fisicamente. Continuo a sentir a tua força, o teu amor e o teu espírito. Estarás sempre comigo!

ERAS O MEU SOL, PASSAS A SER A LUA NO MEU CÉU!

Obrigada a todos pela força e presença nesta dura prova.

RESUMO

Esta tese pretende caracterizar a Unidade de Desenvolvimento do Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria, enquanto Serviço de Intervenção Precoce, de forma a pôr em evidência os pontos positivos e os pontos negativos da unidade para ajustar este serviço, de acordo com as respostas obtidas.

É utilizado um *questionário de avaliação da satisfação parental*, ao qual responderam 100 famílias; uma *grelha de análise documental*, para avaliar os processos das crianças, cujas famílias responderam ao questionário; o *GORI*, para avaliar a qualidade dos objectivos delineados nos Planos Educativos Individualizados existentes nos processos, e; o *Guia de Padrões de Qualidade em Intervenção Precoce*, utilizado como questionário de auto-avaliação dos técnicos desta Unidade.

Foram retiradas algumas conclusões a fim de responder às questões metodológicas levantadas.

Relativamente a este serviço, pode-se concluir que a satisfação parental é bastante boa; Quanto à tipologia de funcionamento seguir o modelo interdisciplinar podemos concluir que não se verifica, sendo o modelo mais próximo o multidisciplinar; Quanto à avaliação da qualidade dos objectivos delineados nos PEI's obteve-se uma qualidade média (62,03%) dos objectivos para todos os PEI's analisados. Pode-se ainda concluir que a auto-percepção dos técnicos é, no geral, aproximada da realidade.

Palavras-Chave: Psicologia, Desenvolvimento, Intervenção Precoce.

ABSTRACT

This thesis intends to characterize the Paediatrics Development Unit of Santa Maria's Hospital, as an Early Intervention Service, to put in evidence the positive and the negative points of the Unit to adjust this service.

One of the used instruments is a *questionnaire of evaluation of the parental satisfaction*, which was answered by 100 families; one *documents analysis grate*, to evaluate the processes of the children, whose families had answered to the questionnaire; *GORI*, to evaluate the quality of the delineated goals in the Individualized Educative Plans in the processes, and; a *Guide of Quality Standards in Early Intervention*, used as a questionnaire of auto-evaluation of the technician of this Unit.

About this service, we can conclude that the parental satisfaction is good; the Unit's typology don't follow the interdisciplinary model, being the multidisciplinary model the most related; The evaluation of the goal's quality in PEI 's got an average quality (62.03%) for all analyzed PEI 's. It can be concluded that the auto-perception of the technician is, in general, approached to reality.

Key -Words: Psychology, Development, Early Intervention.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
REVISÃO DE LITERATURA	7
Perturbações do Desenvolvimento	7
O Impacto do Diagnóstico de uma Perturbação ou Incapacidade nos Pais das Crianças Afectadas	12
Evolução do Papel da Família nas Práticas de Intervenção Precoce	23
Avaliação da Eficácia dos Programas de Intervenção Precoce	30
Situação em Portugal	36
Intervenção Precoce em Portugal	36
Avaliação de Programas de Intervenção Precoce em Portugal	40
OBJECTIVO DO ESTUDO	43
MÉTODO	44
Historial do Hospital de Santa Maria	44
Caracterização do Serviço de Pediatria	45
Organigrama	45
Caracterização da Unidade de Desenvolvimento	46
Historial	46
Constituição	46
Actividade Assistencial	46
Consultas	47
Reuniões	48
Objectivos	48
Instalações	49

Área Geográfica de Atendimento	50
METODOLOGIA	52
1. AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PARENTAL	52
Participantes	52
Instrumento	53
Procedimento	54
2. ANÁLISE DOCUMENTAL	54
Participantes	54
Instrumento	55
Procedimento	55
3. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS OBJECTIVOS DELINEADOS	56
Participantes	56
Instrumento	56
Procedimento	56
4. AVALIAÇÃO DOS TÉCNICOS	57
Participantes	57
Instrumento	57
Procedimento	58
RESULTADOS	59
Avaliação da Satisfação Parental	59
Análise Documental	67
Avaliação da Qualidade dos Objectivos Delineados	71
Avaliação dos Técnicos	84

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	97
BIBLIOGRAFIA	105
ANEXOS	113
ANEXO I	114
ANEXO II	116
ANEXO III	119
ANEXO IV	121
ANEXO V	124
ANEXO VI	128
ANEXO VII	129
ANEXO VIII	160
ANEXO IX	184

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Percentagem de qualidade de cada indicador para o PEI 2	72
Tabela 2 - Percentagem de qualidade de cada indicador para o PEI 3	73
Tabela 3 - Percentagem de qualidade de cada indicador para o PEI 4	75
Tabela 4 - Percentagem de qualidade de cada indicador para o PEI 6	76
Tabela 5 - Percentagem de qualidade de cada indicador para o PEI 7	78
Tabela 6 - Percentagem de qualidade de cada indicador para o PEI 8	79
Tabela 7 - Percentagem de qualidade de cada indicador para o PEI 9	80
Tabela 8 - Percentagem de qualidade de cada indicador para o PEI 11	82
Tabela 9 - Percentagem de acordo entre observadores para cada indicador	83
Tabela 10 - Percentagem de acordo entre observadores para cada PEI	83

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Quem deu o Diagnóstico	59
Gráfico 2 – Preparação para o Diagnóstico	60
Gráfico 3 – Clareza com que o Diagnóstico foi Dado	61
Gráfico 4 – Questões Acerca do Diagnóstico Esclarecidas	62
Gráfico 5 – Acompanhamento dado pelo Serviço	63
Gráfico 6 –Tempo de Espera	64

INTRODUÇÃO

Para contextualizar e justificar este estudo é necessário perceber de que forma têm vindo a evoluir as práticas educativas com crianças com deficiência.

Inicialmente, pensamos ser importante que se clarifiquem alguns conceitos, nomeadamente estimulação precoce e intervenção precoce, para compreender esta evolução.

A estimulação precoce desenvolve um trabalho centrado na criança com atrasos ou limitações do desenvolvimento, com o objectivo de maximizar as suas capacidades.

Em termos cronológicos foi a primeira a aparecer, com o Projecto Head Start, iniciado em 1965 por Zigler, como programa de natureza compensatória para a educação pré-escolar (Martins, 1999). Este projecto pretendia minimizar os efeitos negativos que o ambiente produzia no desenvolvimento de crianças em risco dos EUA (Leitão, 1991), uma vez que o ênfase era posto nos primeiros anos de vida que são eram fundamentais para o desenvolvimento social, emocional e cognitivo da criança. Esta ideia vem do campo da psicologia do desenvolvimento, donde se salienta o interesse pelas competências dos bebés e o impacto dos factores ambientais, nomeadamente, da privação materna (Pimentel, 2003). Também a importância das relações precoces tem sido alvo de inúmeros estudos, muitos deles debruçando-se sobre as consequências adversas que a privação de relações precoces significativas tem no desenvolvimento da criança. No entanto, Spitz (1945), Skeels e Dye (1939), citados por Meisels & Shonkoff (2000) concluíram que estas consequências podem ser revertidas se a criança for inserida num ambiente responsivo e estimulador.

O projecto Head Start baseou-se num estudo efectuado pelos Serviços de Testes Educacionais, em 1969 e 1970, envolvendo mais de 900 crianças com baixos níveis cognitivos e sociais e pertencendo a famílias com baixos rendimentos. De acordo com os resultados encontraram-se ganhos significativos (cerca de 1 ano de diferença em

medidas sociais e cognitivas) nas crianças apoiadas pelo Projecto Head Start (Maxwell & Bryant, 1997). Nesta altura, segundo Correia e Serrano (1994) a educação pré-escolar era tida como um processo de melhoria da inteligência, especialmente em crianças de risco. Hoje sabe-se que os efeitos positivos do Head Start desaparecem ao longo da escolaridade, por não se induzir alterações estáveis nos restantes contextos de vida da criança. Mais tarde o Projecto Head Start evolui de um programa de estimulação precoce em contexto de jardim-de-infância para uma prática em contexto domiciliário, designada por Home Start.

Em 1978, o Warnock Report defende que a família é um reflexo da natureza das dificuldades detectadas na criança e vice-versa. Assim, a intervenção precoce deveria ser centrada na família e não, exclusivamente, na criança. Mas, para que a intervenção centrada na família resulte, tem que haver a criação de laços de confiança com o técnico, a recolha de informação sobre a família e a sua dinâmica, o envolvimento dos membros na intervenção e a articulação com outros serviços (Dias, 1998). Segundo Leitão (1991) as investigações efectuadas às práticas de intervenção precoce demonstraram que as mudanças positivas a nível do envolvimento familiar eram as responsáveis pela manutenção dos efeitos nas crianças.

Estes resultados vêm reforçar a necessidade de centrar a intervenção na família, apoiando o pressuposto de uma abordagem ecológica, onde sejam tidos em conta os diferentes contextos e respectivas interações, para uma abordagem eficaz (Dunst, 1985, cit. por Martins, 1999). Apesar deste reconhecimento, muito poucos estudos de avaliação contemplaram as mudanças de comportamento e atitudes dos pais.

A intervenção precoce pode, assim, ser definida como “uma acção mais educativa actuando na criança, sua família e seu desenvolvimento” (Martins, 1999, p. 27). Meisels e Shonkoff (2000) definem-na como um conjunto multidisciplinar de serviços para crianças em risco, dos 0 aos 3 anos de idade, e respectivas famílias, com o objectivo de prevenir futuros problemas, remediar os existentes e promover o desenvolvimento adequado da criança e da sua família, uma vez que, segundo a Equipa Regional de Intervenção Precoce do Alentejo (2007), devemos considerar a família como unidade de intervenção e não apenas a criança e reconhecer que o bem estar de cada membro da família afecta todos os outros.

Deste modo, a intervenção precoce enquadra-se no terceiro e último nível de prevenção, uma vez que na verdade o seu trabalho é mais de remediação, do que propriamente de prevenção (Coutinho, 1999).

De acordo com Simeonsson (1999, cit. por Felgueiras, 2000, p. 13) e Pimentel (2003) podemos considerar que os principais contributos para a intervenção precoce se desenvolver e se tornar naquilo que actualmente conhecemos, foram:

- A Declaração dos Direitos da Criança (1959) e a Convenção dos Direitos da Criança (1989), nomeadamente, pelo que vem expresso no seu artigo 23º;
- As Normas sobre a Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência (Nações Unidas, 1993);
- A publicação de legislações específicas, no caso dos EUA, sobre a educação das crianças com deficiência (PL 94-142 de 1976), a intervenção precoce (PL 99-457, Parte H de 1986), etc.;
- As teorias relacionadas com a prevenção das condições primárias e secundárias, a promoção da saúde, o desenvolvimento e qualidade de vida;
- A teoria ecossistémica de Brofenbrenner (1979) ao perspectivar o modelo dimensional do ambiente;
- Os modelos transaccionais de Sameroff (1975), realçando a importância para o desenvolvimento da criança das transacções dinâmicas que ocorrem ao longo do tempo entre a criança e o ambiente que a rodeia;
- Os avanços verificados nas ciências do desenvolvimento, especificamente, nas Neurociências como base para a avaliação diferencial da criança; a perspectiva construtiva salientando a importância da acção; a definição de contextos eficazes, etc.;
- A legislação de 1991, segundo a qual os serviços de intervenção precoce devem ser prestados nos contextos naturais (casa, creche, jardim-de-infância, etc.) em que participem crianças sem deficiência da mesma idade (Biker, 2001, cit. por Pimentel, 2003);
- A teoria de Piaget (1946/1983, cit. por Pimentel, 2003) que defende que a aprendizagem não é apenas um factor de desenvolvimento, mas sim um factor

dependente e promovido pela experiência. Para a criança aprender uma estrutura lógica complexa, tem de partir de uma outra mais elementar, que já domine, para progressivamente ir complexificando até a completar. Portanto, ao nível educacional, a inteligência depende da acção, logo, os adultos devem assumir o papel de “facilitadores do processo desenvolvimental interno próprio de cada criança” (Hoddapp, 1998, cit. por Pimentel, 2003, p. 16). Também Furth (1981, cit. por Pimentel, 2003) se debruça sobre este tema defendendo que um meio ligeiramente discrepante, e portanto desafiador, promove esse desenvolvimento gradual das estruturas educativas.

- A teoria de Vigotsky (1978), especialmente o seu conceito de “Área de Desenvolvimento Potencial”, define a distância entre a capacidade de resolver um problema sem ajuda, e a resolução de um problema sob a orientação de um adulto ou em colaboração com outro companheiro.

Nos Estados Unidos da América (EUA), a década de 90 foi decisiva para as práticas da actualidade, uma vez que foi marcada por tomadas de decisão de extremos em relação ao que deve ser considerado responsabilidade pessoal e responsabilidade pública. A problemática das crianças com deficiência atrai alguma atenção, enquanto que os problemas das crianças que vivem em pobreza atraem muito pouca preocupação.

São então, segundo Meisels e Shonkoff (2000), colocadas em prática algumas medidas, como:

- É abolida a garantia de ajuda federal (Acta de 1996) para crianças e famílias que vivam em pobreza - Reforma da Segurança Social;
- Emerge como política que todas as crianças, nos EUA, comecem a escola prontas para ler;
- São reinvestidos os programas Early Head Start;
- São promovidas pela Casa Branca duas grandes conferências: uma sobre o desenvolvimento e a aprendizagem em crianças pequenas e outra sobre cuidados infantis;

As investigações nesta área permitem que se desenvolva uma base científica para a intervenção junto da criança em idade pré-escolar. Decorrendo dessa teorização os apoios a crianças desta idade encontram-se divididos em:

- Atendimentos para crianças dos 0 aos 3 anos de idade e respectivas famílias, denominado por “Early Childhood Intervention”;
- Apoios para crianças dos 3 aos 6 anos de idade e respectivas famílias, denominado por “Early Childhood Special Education”

Nesta área, em Portugal, são de salientar nove trabalhos, na sequência dos quais este estudo é inserido:

- “Intervenção Precoce e Avaliação – Estudo Introdutório” (1995) realizado por Veiga;
- “Estudo Avaliativo da Implementação do Portage em Portugal” (1997) da autoria de Almeida, Felgueiras e Pimentel;
- “A avaliação da satisfação das famílias apoiadas pelo PIIP – resultados da escala ESFIP” (2000) desenvolvido pelo Projecto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP) de Coimbra;
- “Contributos Para o Estudo das Práticas de Intervenção Precoce em Portugal” (2002) de Bairrão e Almeida;
- “Intervenção Focada na Família: Desejo ou Realidade. Percepções de pais e profissionais sobre as práticas de apoio precoce a crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias.” (2003) - Dissertação de Doutoramento em Psicologia, realizada por Pimentel;
- “O processo de avaliação em intervenção precoce e as práticas de apoio educativo no jardim-de-infância : da teoria à prática.” (2004), por Cordeiro;
- “Plano Individualizado de Apoio à Família: Um chapéu-de-chuva ou um conjunto de varas” (2006), realizado por Valentim;
- “Caracterização dos Programas de Intervenção Precoce, ao Abrigo do Despacho Conjunto nº 891/99 de 19 de Outubro, no Distrito de Faro”(2007), por Simões, e;
- “Abordagem Centrada na Família: Avaliação de Práticas num Projecto de Intervenção Precoce” (2007), por Cara-Linda.

Este estudo servirá para pôr em evidência os pontos positivos e os pontos negativos da unidade de forma a, continuamente, ajustar este serviço, de acordo com as respostas obtidas. Só assim se conseguirá desenvolver um serviço de qualidade com respeito por todos os seus intervenientes.

Este será promovido através da caracterização de um Serviço de Intervenção Precoce pela: análise dos processos, análise da qualidade dos objectivos delineados no mesmo; avaliação da satisfação dos seus destinatários quanto ao serviço e à forma como todo o acompanhamento, incluindo o momento de diagnóstico, se processa, e; avaliação dos técnicos que compõem a equipa.

Esta tese está estruturada em 6 partes: uma primeira parte com uma pequena introdução, uma segunda com a revisão de literatura, uma terceira com os objectivos deste estudo e as respectivas questões de investigação, uma quarta com o método, onde se indica quais os procedimentos, os participantes e os instrumentos utilizados, uma quinta parte com os resultados obtidos e, por fim, uma sexta com a discussão dos resultados.

REVISÃO DE LITERATURA

PERTURBAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO

De forma a clarificar as principais perturbações do desenvolvimento seguidas nesta unidade, faz-se uma síntese das suas descrições, para melhor enquadrar este estudo e seus resultados.

As perturbações do desenvolvimento estão descritas no DSM IV-TR como “Perturbações que aparecem habitualmente na primeira e segunda infância ou na adolescência” e englobam a Deficiência Mental (ou Déficit Cognitivo), as Perturbações da Aprendizagem, as Perturbações das Aptidões Motoras, as Perturbações da Comunicação, as Perturbações Globais do Desenvolvimento, as Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Déficit de Atenção (PHDA), as Perturbações do Comportamento alimentar, as Perturbações de Tiques, as Perturbações da Eliminação e Outras Perturbações da Primeira e Segundo Infância ou Adolescência.

Este estudo foca apenas algumas destas perturbações, que serão, por isso, explicadas em seguida, com base no DSM IV-TR.

Déficit Cognitivo

Este tipo de perturbação define-se por um funcionamento intelectual global inferior à média (equivalente a um quociente intelectual(QI) igual ou inferior a 70) acompanhado por limitações no comportamento adaptativo (modo como os sujeitos lidam com situações da vida quotidiana), em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, cuidados próprios, vida doméstica, competências sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, auto controle, competências académicas funcionais, trabalho, tempos livres, saúde e segurança.

Esta perturbação tem início antes dos 18 anos, por etiologias variadas (hereditariedade, alterações precoces do desenvolvimento embrionário, influências ambientais, problemas na gravidez e perinatais e estados físicos gerais adquiridos na infância).

Podem ser especificados quatro graus de gravidade, que reflectem o grau do défice cognitivo: 1) **Défice Cognitivo Ligeiro**, com QI entre 50-55 e aproximadamente 70; 2) **Défice Cognitivo Moderado**, QI entre 35-40 e 50-55; 3) **Défice Cognitivo Grave**, QI entre 20-25 e 25-40; 4) **Défice Cognitivo Profundo**, QI inferior a 20 ou 25.

Perturbações da Comunicação ou Perturbações da Linguagem

Neste tipo de perturbação estão incluídas a Perturbação de Linguagem Expressiva, Perturbação mista da Linguagem Receptiva-Expressiva, Perturbação Fonológica, Gaguez, e Perturbação da Comunicação sem Outra Especificação.

Esta perturbação só pode ser diagnosticada quando as dificuldades de linguagem interferem significativamente com o rendimento escolar ou com a comunicação social, e quando não estão preenchidos os critérios para Perturbação Global de Desenvolvimento.

Perturbações Globais do Desenvolvimento

Estes tipos de perturbações são caracterizadas por um défice global grave em diversas áreas do desenvolvimento, como competências sociais e competências de comunicação, ou pela presença de interesses, comportamentos e actividades estereotipadas. Neste tipo de perturbação pode-se incluir o Autismo, o Síndrome de Rett, o Síndrome de Asperguer, a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância e a Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação.

Neste estudo somente estiveram presente o Autismo e o Síndrome de Asperguer, que serão explicados em seguida.

Autismo

O que caracteriza essencialmente esta perturbação é a presença de um desenvolvimento acentuadamente anormal ou deficitário da interacção e comunicação social e um repertório acentuadamente restritivo de actividades e interesses. As manifestações desta perturbação variam bastante em função do nível de desenvolvimento e da idade cronológica da criança.

Entende-se “*desenvolvimento acentuadamente anormal ou deficitário da comunicação*” quando está presente pelo menos uma das seguintes características: a) atraso ou não aquisição da linguagem falada (não compensada através de outras formas de comunicação); b) alteração na capacidade de iniciar ou manter uma conversa com os outros; c) uso repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática; d) imitação, jogo social e “faz de conta” pobres e inadequados ao nível de desenvolvimento;

Entende-se “*desenvolvimento acentuadamente anormal ou deficitário da interacção social*” quando se verificam pelo menos dois dos seguintes critérios: a) acentuado défice no uso de vários comportamentos não verbais, como o contacto ocular, a expressão facial, a postura corporal e os gestos que acompanham o discurso; b) incapacidade para desenvolver relações com companheiros; c) incapacidade para partilha de alegrias, interesses ou aquisições com outras pessoas (não mostrar, trazer ou apontar objectos de interesse); d) falta para a reciprocidade social e emocional.

Entende-se que o sujeito tem *padrões de comportamento, interesses e actividades repetitivos, restritos e estereotipados* quando apresenta pelo menos uma das seguintes características: a) um ou mais padrões de interesse restrito e estereotipado, anormais na intensidade e objectivo; b) aderência inflexível a rotinas ou rituais específicos não funcionais; c) maneirismos motores estereotipados e repetitivos; d) preocupação persistente com partes de objectos.

Na maioria dos casos, esta perturbação manifesta-se antes dos três anos e segue uma evolução contínua ao longo do desenvolvimento da criança. As aptidões linguísticas e o nível intelectual global são os factores mais relacionados com o prognóstico a longo prazo. Vários estudos realizados mostram que apenas uma percentagem pequena de

sujeitos consegue chegar à idade adulta vivendo e trabalhando de forma autónoma e cerca de 1/3 dos casos atinge alguma independência parcial.

Síndrome de Asperguer

As características que descrevem esta perturbação são muito semelhantes à do Autismo. Está igualmente presente um défice grave e persistente na interacção social e padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e actividades que geram uma grande instabilidade e desadaptação social. No entanto, contrariamente à Perturbação Autista (ou Autismo) não há atraso clinicamente significativo no desenvolvimento cognitivo ou no desenvolvimento das aptidões de auto-ajuda próprias da idade, no comportamento adaptativo e na curiosidade acerca do meio ambiente, bem como desenvolvimento da linguagem precoce.

Esta perturbação, nas crianças em idades escolares, pode estar mascarada pelas boas aptidões verbais, que dificultam o diagnóstico.

Esta perturbação é contínua ao longo da vida, no entanto o prognóstico parece ser significativamente melhor do que o da Perturbação Autística, dado que os estudos de seguimento sugerem que, na idade adulta, muitos indivíduos são capazes de obterem empregos remunerados e auto-suficiência.

Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA)

Esta perturbação é caracterizada por um padrão persistente de falta de atenção, hiperactividade e impulsividade, com uma intensidade mais frequente e grave comparativamente aos indivíduos com o mesmo nível de desenvolvimento. Os sintomas podem aparecer antes dos sete anos de idade e devem ocorrer em pelo menos duas situações: em casa e na escola.

Relativamente à *Falta de Atenção*, têm de existir, com frequência, seis ou mais dos seguintes sintomas: A) não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades lúdicas; b) tem dificuldade em manter a atenção em tarefas; c) parece não ouvir quando se lhe dirigem

directamente; d) não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho; e) tem dificuldade em organizar tarefas e actividades; f) evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido; g) perde objectos necessários a tarefas ou actividades; h) distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes; i) esquece-se das actividades quotidianas.

Quanto à *Hiperactividade/Impulsividade* têm de existir, com frequência, seis ou mais dos seguintes sintomas: a) movimentação excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado; b) levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado; c) corre ou salta excessivamente em situações inadequadas (em adolescentes ou adultos pode simplesmente limitar-se a sentimentos de impaciência); d) tem dificuldades para jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de lazer; e) “anda” ou actua como se estivesse “ligado a um motor”; f) fala em excesso; g) evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental.

Por último, a Impulsividade é caracterizada por a criança, com frequência precipitar as respostas antes que as perguntas tenham acabado, ter dificuldade em esperar pela sua vez e interromper ou interferir nas actividades dos outros.

Existem três subtipos de PHDA: 1) **Tipo Misto** (os sintomas persistem há pelo menos seis meses, os quais têm de consistir em seis sintomas de falta de atenção e seis de hiperactividade-impulsividade); 2) **PHDA predominantemente Tipo Hiperactivo-Impulsivo** (os sintomas persistem pelo menos há seis meses, os quais têm de consistir em seis sintomas de hiperactividade-impulsividade, mas menos que seis de falta de atenção); 3) **PHDA Tipo Predominantemente Desatento** (os sintomas persistem há pelo menos seis meses, os quais têm de consistir em seis sintomas de falta de atenção, mas menos que seis de hiperactividade-impulsividade).

O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DE UMA PERTURBAÇÃO OU INCAPACIDADE NOS PAIS DAS CRIANÇAS AFECTADAS

Os cuidados pediátricos centrados na família baseiam-se na compreensão de que a família é a principal fonte de força e apoio da criança e de que as suas perspectivas e informações são muito importantes nas decisões clínicas que lhes respeitam (AAP, 2003).

Gronita (2003), baseando-se na investigação existente, salienta que parece ser possível aumentar a formação profissional no sentido de melhor preparar os técnicos para melhor intervir e assim possibilitar novas relações que se vão estabelecer na família.

Transmitir o diagnóstico de uma Perturbação aos pais é um processo complicado e muitos aspectos devem ser tidos em conta. Os pais nunca vão esquecer esse momento e ele terá uma grande influência na dinâmica familiar, na forma de verem o seu filho e de se relacionarem com ele. Para muitos pais a forma como lhe foi transmitido o diagnóstico, a clareza ou ambiguidade da informação do médico é uma recordação que mantêm sempre viva na sua memória (Cunningham, 1984). Hoje em dia, os pais desejam ser informados logo que possível do que se passa com a criança. Deve-se fornecer informação adequada, o mais depressa possível e numa linguagem apropriada, sem termos técnicos. Mesmo num momento como este os profissionais não podem centrar-se nos aspectos negativos, devendo destacar as capacidades da criança (Gronita, 2003).

O médico, antes de transmitir o diagnóstico de Perturbação de Desenvolvimento aos pais deve conhecer a família e o seu envolvimento: relações familiares, estatuto sócio-económico, profissão dos pais, crenças, atitudes. Todos estes factores são fundamentais para o médico poder prever a reacção dos pais face ao diagnóstico e antecipá-la.

Será um erro considerar a resposta dos pais sempre a mesma. Os pais podem reagir de formas muito diferentes face à ideia de terem tido um filho com Perturbações. A maior parte dos pais reage à notícia de forma negativa, rejeitando o problema, tentando encontrar as causas para tal situação. Muitos ainda justificam a situação como um “castigo” de Deus, uma “má sorte”, uma “maldição” ou uma prova de fidelidade a Deus (Ryan & Thomas, 1981).

Na consulta em que é transmitido o diagnóstico aos pais, especialmente se ele for inesperado e desconhecido, os pais podem não compreender exactamente o grau do problema até ouvirem palavras como “lesão cerebral”, “handicap”, “autismo”, “Síndrome de Down”, “espasticidade”. Aí chegam os medos e começam a olhar mais claramente para a extensão e severidade da condição do seu filho e a forma mais comum de reagir é entrar em intenso choque e stress. Dessa forma, muitas das informações do médico podem ser esquecidas, mal ouvidas, mal interpretadas, distorcidas ou exageradas (Ley, 1979). A notícia pode ser tão difícil de aceitar por parte dos pais que muitos a negam e podem rejeitar o médico que a transmitiu, procurando mais médicos e mais diagnósticos.

Apesar de ser sempre muito duro para os pais receber a notícia que o seu filho tem dificuldades e Perturbações no desenvolvimento está provado que a forma como o médico dirige todo o processo irá influenciar a sua adaptação à situação (Pugh & Russell, 1977). Num estudo feito com crianças com Síndrome de Down, Espinha Bífida e dificuldades de aprendizagem severas, os pais queixaram-se da forma como o médico deu o diagnóstico: falta de informação; informação pouco clara, dada de forma abrupta, sem a presença de ambos os pais obrigando um pai a transmitir a notícia a outro; diagnóstico transmitido num local público e não tendo sido oferecida uma sala para os pais conversarem e pensarem após a notícia (Carr, 1970, Drillien & Wilkinson, 1964, Quin & Pahn, 1986).

Num estudo de Cunningham et al. (1984), mais aprofundado, foram inquiridos 62 pares de pais de crianças com Síndrome de Down identificado à nascença, dos quais 58% expressaram insatisfação quanto ao timing e maneira de ser dado o diagnóstico. Depois disto adoptou-se as seguintes guidelines para a forma de dar a notícia:

1. O diagnóstico deve ser dado aos pais numa consulta de pediatria, pelo pediatra de desenvolvimento e, se possível, na presença do terapeuta que irá acompanhar a criança e a família à posteriori. Este terapeuta será uma boa ligação entre o hospital e os serviços comunitários.
2. O diagnóstico deve ser transmitido aos pais o mais cedo possível, excepto em casos em que um deles não esteja em condições de o receber. Mesmo que o médico não tenha a certeza exacta da natureza do problema o diálogo deve começar no momento da suspeita da perturbação, ou seja, os pais devem ser envolvidos em todo o processo e devem ser sempre esclarecidas as suas dúvidas e medos..
3. O ideal será transmitir o diagnóstico aquando a presença de ambos os pais (a menos que não seja este o desejo dos pais). Os pais solteiros/divorciados devem ser acompanhados por um amigo ou parente e, mesmo o casal pode ser acompanhado por mais pessoas, se desejar.
4. O diagnóstico deve ser transmitido num lugar com privacidade e na presença da criança, tirando os casos em que a criança está doente e a receber cuidados especiais. No entanto, isto pode não ser apropriado para pais de crianças mais velhas que possam ter de receber o diagnóstico mais tarde e isoladas. O local deverá ter uma sala em que os pais possam permanecer (se desejarem) após ser dado o diagnóstico e onde possam exprimir todos os seus sentimentos.
5. Deve-se falar da criança pelo próprio nome e não como um problema.
6. O diagnóstico deve ser transmitido directamente aos pais e a estes deve ser dado todo o tempo necessário para que possam colocar dúvidas e exporem sentimentos. O médico não deve mostrar somente os aspectos negativos da perturbação (aquilo que a criança não será capaz de adquirir) mas também tudo aquilo em que ela não irá ser diferente das outras crianças.
7. O diagnóstico deverá ser transmitido de forma clara, simpática e com uma atitude muito humana. O médico deverá ter em atenção todas as preocupações

dos pais, o seu estado de stress, bem como o estatuto sócio-económico e etnia/cultura.

8. O médico deverá encaminhar a criança para outro técnico que deve, se possível, estar presente. O médico ou técnico deverá mostrar-se disponível para, quando os pais sentirem a necessidade, conversar e tirar dúvidas, no consultório ou até mesmo por telefone (isto porque no momento do diagnóstico muitos dos pais ficam de tal forma em choque que não conseguem expor as suas dúvidas, ou também porque muitas delas só surgem tempos depois).
9. O momento de diagnóstico deve ser seguido por uma consulta 24 horas depois. Os pais de crianças com perturbações com elevada gravidade podem precisar de mais consultas num curto espaço de tempo, de forma a assimilarem toda a informação. É importante que o médico se certifique daquilo que os pais perceberam para que a informação seja compreendida na sua totalidade.
10. Nos casos em que há dúvidas quanto à exacta natureza do diagnóstico devem ser marcadas consultas regulares e os pais devem ser envolvidos em todo o processo de forma a evitar stresses adicionais. As preocupações dos pais devem ser sempre tidas em conta pois, na maior parte dos casos estes são aqueles que conhecem melhor a criança. Noutros casos deve ser recolhida informação dos educadores/professores/prestadores de cuidados (como os avós).
11. No final da consulta de diagnóstico deverá ser entregue aos pais um sumário escrito com informação sobre a condição da criança, locais de ajuda com respectivos contactos, grupos de pais, apoios financeiros e legislação.
12. O médico deverá oferecer-se para, noutra consulta, receber outros membros da família de forma a esclarece-los e alerta-los para cuidados adicionais (muitos pais podem sentir-se ansiosos por transmitir o diagnóstico aos familiares e outras pessoas presentes na vida da criança).

Na sequência da adopção destas guidelines, Quin e Pahl (1987) e Cottrell e Summers (1990) realizaram novos estudos em que pais de crianças com Síndrome de Down foram inquiridos. Neste 2º grupo 100% dos pais inquiridos mostraram satisfação em relação ao médico e atitudes positivas face à criança meses mais tarde, ao contrário do primeiro grupo de teste. Com estes resultados os autores concluíram que a maneira como a notícia é transmitida tem um impacto, também a longo prazo, nas atitudes parentais e aceitação da sua criança.

Num estudo posterior (Quin e Rutter, 1994) realizado com 166 mães de crianças com severas dificuldades de aprendizagem, obtiveram-se os mesmos resultados que os de Cunningham et al. (1984): 58% das mães mostraram não satisfação com a comunicação dos médicos aquando a transmissão do diagnóstico, 42% frisaram a importância da simpatia do médico que dá a notícia, a informação directa, clara e precisa deste e a sensibilidade do profissional para perceber os seus medos e sentimentos. Neste mesmo estudo, 78% das mães reclamaram não ter recebido informação suficiente na consulta de diagnóstico levando-as a um maior índice de stress, ansiedade e percepção do problema.

Outro aspecto fundamental de salientar é que muitos pais, frequentemente, só compreendem a totalidade do diagnóstico alguns meses após o momento em que ele é transmitido e tal deve-se em parte à aprendizagem com o próprio filho. Tal facto deve ser explicado aos pais para que estes não se fechem no seu problema mas vejam o seu filho como uma criança igual às outras, nuns aspectos, e diferente noutros.

Modelos explicativos da reacção dos pais face ao diagnóstico da incapacidade do seu filho

O modelo dos estádios

Este modelo defende que os pais passam por uma série de estádios emocionais até se adaptarem ao diagnóstico de incapacidade do seu filho e prediz que estes irão apresentar um crescente nível de stress psicológico nos primeiros anos (Burden, 1980). Drotar et al. (1975) descrevem os seguintes estádios:

1. Choque –é a mais comum reacção inicial dos pais visto estes esperarem uma criança sem problemas;
2. Negação – os pais tentam escapar á realidade negando o diagnóstico;
3. Tristeza, revolta, ansiedade - é uma reacção também muito comum que procede a fase de negação;
4. Adaptação – os pais aceitam a situação e começam a reagir e a adaptar-se á criança;
5. Reorganização – aceitação da criança e busca de soluções.

Cunningham (1979) apresenta um modelo semelhante que explica as várias etapas que se seguem à notícia do diagnóstico e que geram diferentes crises psicológicas e necessidades nos pais e que podem durar de 2 minutos até 12 semanas:

Notícia é dada aos pais	Crise psicológica	Manifestações	Necessidades
Oscilações frequentes entre as fases	Fase de choque	Desorganização emocional, confusão, paralisação das acções, descrença e irracionalidade.	Suporte emocional e simpatia
	Fase de reacção	Expressão de mágoa, pesar, ansiedade, desapontamento, agressão, negação, culpa e mecanismos de defesa	Conversar com pais na mesma situação, , simpatia mas, acima de tudo honestidade.

	Fase de adaptação	Previsão realista: os pais perguntam-se “o que pode ser feito?”, “como nós podemos ajudar?”)	Informação válida e precisa quanto ao tratamento e futuro médico e educacional
	Fase de orientação	Os pais começam a organizar-se, procuram ajuda e informação e planeiam o futuro	Ajuda regular e guia no tratamento
	Final da crise		Provisão apropriada de serviços

Se um médico estiver consciente da sequência dos estádios estará mais capaz de perceber as reacções dos pais e de ajudá-los a ultrapassar a crise. No entanto, este tipo de modelo foi já criticado por assumir uma correcta ou errada maneira dos pais se ajustarem á perturbação do filho, que rotula aqueles que não passarem por estas fases como “estranhos” e “com patologia mental”.

Hoje, sabe-se que nem todos os pais passam pela mesma sequência de sentimentos. Muitos passam por mais de um estágio, outros oscilam entre estádios e ainda outros saltam fases.

Muitos pais dizem aceitar o seu filho mas nunca totalmente a sua incapacidade (Russel, 1983). Alguns pais defendem que a adaptação à situação é um processo cíclico, isto é, numa fase da infância da criança podem aceitar a sua condição mas noutra mostrar mais stress e dificuldade em fazê-lo.

O modelo de desgosto crónico

Olshanky (1962) defende que, ao contrário do modelo anterior, o desgosto crónico é uma reacção natural dos pais e a sua presença contínua durante vários anos não é uma evidência de patologia. Este mesmo autor explica que os pais podem experimentar

períodos de desgosto quando a criança já é mais velha, sem isso ser uma prova de desajustamento à situação. Isto quer dizer que um pai não deixa de ser competente e cuidadoso com a criança, nem deixa de ser um bom pai por continuar a sentir tristeza perante a situação de incapacidade ou perturbação do seu filho.

O modelo da construção mental pessoal

Os dois modelos anteriores frisam as reacções emocionais dos pais face à incapacidade do seu filho. Este terceiro modelo foca mais a interpretação cognitiva que é dada e defende que esta irá influenciar grandemente o processo emocional de adaptação (Cunningham e Davis, 1985, Davis e Cunningham, 1985).

Este modelo baseia-se no modelo construtivo de Kelly (1955) que defende que todas as pessoas se preocupam sempre por antecipar tudo aquilo que lhes acontece e que acontece à sua volta e que sentem uma grande necessidade de explicar e compreender o mundo e o seu funcionamento. Então, constroem modelos mentais dos eventos a partir das suas experiências individuais e estes modelos servirão de guias do seu comportamento e de interpretação dos comportamentos daqueles que os rodeiam. Assim, todos os pais sonham e imaginam o seu filho sem problemas. Quando lhe é diagnosticado uma perturbação, por não a terem previsto, entram em crise e em estado de choque. Sentem, posteriormente, ansiedade por não saberem lidar com a situação imprevista. Sentem também uma grande incerteza e confusão.

Este mesmo modelo explica que, depois desta reacção inicial, os pais tentam construir estratégias que os tornarão capazes de melhor compreender o problema. Para tal colocam as suas dúvidas ao médico e tentam conhecer as causas da desordem, o que pode ser feito, como será o futuro (ex.: o meu filho irá andar? Quando se prevê que comece a falar? Vai aprender a ler?...).

Este modelo explica também porque os pais se podem sentir aliviados com o diagnóstico que é atribuído ao filho, isto é, os pais podem suspeitar que a criança tem determinada perturbação do desenvolvimento e quando o médico a confirma sentem-se aliviados por não ser nada pior e por poderem começar o processo de adaptação (pois a sua própria interpretação dos factos foi clarificada).

Este modelo tem um aspecto que não deve ser esquecido pelo médico: ele vê o pai como um indivíduo com as suas próprias perspectivas e construções mentais do mundo, aspecto essencial e que não pode ser esquecido pelo médico no trabalho em parceria.

O modelo de falta de significado e de poder

Seligman e Darling (1989) criaram este modelo para explicar as reacções dos pais quando têm um filho com incapacidade. Os autores defendem que as crenças, os valores e o conhecimento estão socialmente determinados através das interacções e da capacidade dos indivíduos se colocarem no papel do outro e perceber a forma como esse outro se adapta á situação. Assim, quando aplicado a famílias de crianças com perturbações a reacção dos pais deve ser interpretada tendo em atenção as experiências anteriores e posteriores ao nascimento do filho. A forma como os pais irão compreender a sua situação e adaptar-se a ela estará dependente da forma como as pessoas mais próximas e significantes compreenderem (a maneira como os outros definem a sua situação irá afectar a maneira como eles próprios a vêem).

Este modelo explica que os pais, nos primeiros meses em que percebem que a sua criança tem algo de diferente das outras mas ainda não sabem bem porquê, sentem uma necessidade forte de busca de significado. Assim, o diagnóstico atribuído pelo médico vem a reduzir esse stress (daí a importância de não esconder nenhuma informação) que só será totalmente abolido quando os pais se sentem capazes de fazer algo pela condição da criança.

No final da primeira infância os pais, apesar de poderem continuar tristes com a situação do seu filho já começam a percebê-lo e a sentir mais controlo da situação.

Reacções emocionais tardias

MacKeith (1973) apresenta a seguinte lista de sentimentos negativos dos pais face ao diagnóstico da perturbação do seu filho:

- Protecționismo exagerado – ex.: atitudes super protectoras em relação ao filho e desejo de o proteger de qualquer perigo ou desconforto;

- Afastamento perante pessoas com incapacidades – ex.: sentimento de desconforto perante pessoas com incapacidades.
- Sentimento de incapacidade para a reprodução – sentem-se culpados por o seu organismo ter produzido um filho com perturbações;
- Exigência pessoal inadequada – ex.: sentem que são pais inadequados e incapazes de cuidar adequadamente de um filho com incapacidade ou que erraram como pais e o seu filho sofreu as consequências;
- Revolta – sentem revolta por a vida e o destino lhes terem dado um filho com perturbações;
- Sentimento de perda e luto – sentem que a vida nunca lhes deu o filho que ansiaram durante toda a gravidez;
- Choque –descrença, sensação de paralisação aguda, confusão interna.
- Culpa – sentem-se culpados por tudo o que pode correr mal com o seu filho e vêem a criança com perturbações como um castigo por alguma falha sua no passado;
- Vergonha – sentem vergonha daquilo que os outros podem pensar. É muito comum os pais terem medo de contar aos amigos ou colegas de trabalho que o seu filho tem perturbações ou sentir vergonha do comportamento dos filhos em público.

Assim, podemos ver que a comunicação da notícia não está apenas dependente do médico ou de quem a transmite mas também da disponibilidade dos pais para aceitarem a notícia, principalmente a nível emocional, afectivo e intelectual.

A forma como os pais compreendem a mensagem do médico está também dependente de inúmeros factores, tais como modelos e atitudes dos pais face á incapacidade e deficiência, causas, prognóstico, pouca familiaridade com o vocabulário médico (Boyle, 1970).

Após o momento do diagnóstico é de suma importância envolver os pais na intervenção mais adequada para o seu caso, tendo em conta a criança, a sua incapacidade e a sua família. Tudo isto vem dar suporte ao modelo de intervenção, actualmente aceite como o mais indicado, embora em muitos casos não seja, ainda, o aplicado.

Debrucemo-nos então nos diferentes modelos de intervenção.

EVOLUÇÃO DO PAPEL DA FAMÍLIA NAS PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE

Segundo Leitão (1991) podemos dividir os modelos de intervenção em dois grandes grupos: os centrados na criança e os centrados no sistema familiar.

Os modelos centrados na criança focam-se, essencialmente, nas suas capacidades, a partir das quais elaboramos um programa de aprendizagem e estimulação. Estes programas apresentam alguma diversidade, uma vez que podem ser desenvolvidos pelos profissionais ou pelos pais orientados pelos profissionais. Podem, também, ser feitos no domicílio, numa instituição ou de forma mista.

Narvaz e Koller (2004) salientam que a pessoa é apenas um dos elementos no seu desenvolvimento, sendo o foco principal os processos e as interações através do tempo. As teorias de suporte social, perspectiva sistémica da família e o modelo ecológico do desenvolvimento humano vieram constituir o suporte teórico necessário para práticas profissionais centradas na família (Gronita, 2003).

Em intervenção precoce, o termo “centrado na família” descreve práticas recomendadas caracterizadas pelo ênfase na família, que encorajam as escolhas e controlo familiar sobre as decisões acerca dos serviços e colaborações pais-técnicos (Bruder, 2001), têm tendência para promover um maior sentido de auto controle e eficácia nos pais e resultam numa maior satisfação parental para com os serviços (Applequist & Bailey, 2000, cit. por Blue-Banning, Summers, Frankland, Nelson & Beegle, 2004).

Dunst, Johanson, Trivette e Hamby (1991, cit. por Martins, 1999) propõem quatro modelos que reflectem o crescente envolvimento e peso familiar:

1. Modelos centrados no profissional, em que as famílias são vistas como deficitárias e incapazes, precisando da ajuda de peritos, tal como no modelo

- médico;
2. Modelos ligados à família, estas são vistas como um meio de chegar ao problema, mas precisando de orientação constante dos profissionais;
 3. Modelos focados na família, em que a família e os profissionais funcionam em verdadeira parceria, ajudando-se e orientando-se mutuamente;
 4. Modelos centrados na família, em que é esta quem determina tudo o que acontece, recorrendo aos profissionais apenas quando precisa de orientação, isto é, como um meio de chegar ao problema.

Guralnick (2001) considera que os programas de intervenção precoce com mais sucesso são aqueles que se centram na família e nas suas necessidades, são desenvolvidos localmente a par com a comunidade, são multidisciplinares e coordenam apoios e serviços. Já Kalmanson e Seligman (1992, cit. por Kelly & Barnard, 2000) consideram que o melhor preditor de sucesso de uma intervenção é a relação estabelecida entre os pais e os técnicos. Esta relação depende da empatia e responsividade demonstrada por cada um dos intervenientes. É de extrema importância que o técnico inquiria e dê prioridade aquilo que mais preocupa os pais, pois isto permite a instauração de um clima de confiança e partilha que traz benefícios para todos.

Estes modelos centrados no sistema familiar são, assim, considerados mais eficazes e trabalham com o potencial de toda a família. O estabelecimento de metas e de objectivos é feito em parceria entre a família e os profissionais, de forma a evitar a dependência dos pais. Com esta medida a avaliação é útil não só para os profissionais, mas também para as famílias se consciencializarem dos seus problemas (Bairrão, 1994).

Desta forma, o principal objectivo de um profissional é dar os “instrumentos” necessários aos pais, para que estes possam agir, com sucesso, junto aos seus filhos. O caminho a seguir para que isto seja possível é avaliar, conjuntamente, quais as necessidades familiares e as necessidades específicas de cada um e todos juntos elaborarem o plano a seguir (Machado & Salvaterra, 1989). É fundamental não esquecer que o impacto de uma criança com deficiência nas famílias e a sua necessidade de suporte são algo para toda a vida (Carpenter, 2002). São as famílias que vão ter que enfrentar recorrentes e imprevisíveis desafios, daí a importância de estarem fortalecidas.

São assim indispensáveis as noções de co-responsabilização, aumento e promoção das capacidades e competências da família, apoio e fortalecimento do funcionamento familiar, partilha total de informação com a família, devendo a prestação de serviços ser acessível, flexível, compreensível e coordenada com as outras redes de suporte (Pimentel, 2003).

Quanto ao contexto onde decorre a intervenção, para as crianças dos 0 aos 3 anos, a casa parece ser o ideal (Pimentel, 2003), pois é aí que a criança passa uma grande parte do dia e onde a maioria das interações com os pais se processa.

Fewell (1995, cit. por Pimentel, 2003) propõe um outro tipo de classificação dos serviços de Intervenção Precoce com ênfase no local de intervenção e serviços associados:

1. O modelo domiciliário, em que a intervenção decorre no contexto familiar da criança, apelando para um maior envolvimento dos pais;
2. O modelo institucional, em que a intervenção decorre em instituições diversas o que permite o acesso a equipamentos que de outra forma estariam inacessíveis;
3. Os serviços consultivos, que não prestando intervenção directa, são utilizados conjuntamente com outros serviços;
4. Os serviços de suporte, que apoiam financeiramente os programas.

Quando trabalhamos com algo tão complexo como uma família, temos de estar atentos a uma série de aspectos dos quais Turnbull, Summers e Brotherson (1983, cit. por Cornwell & Korteland, 1997) salientam:

1. Estrutura familiar – a composição, a dimensão, o estatuto sócio-económico, a cultura e a localização geográfica;
2. Interação familiar – os subsistemas da unidade familiar, o nível matrimonial, parental, os irmãos, as relações extra familiares, tendo em conta três processos: a coesão, a adaptabilidade e a comunicação;
3. Funções familiares – económica, doméstica, de saúde, recreativas, socializantes, afectivas, de educação e de vocação;
4. Ciclo de vida da família – série de mudanças desenvolvimentais experienciadas

pela unidade familiar e os seus membros.

Estes aspectos têm uma influência fundamental na família, na criança e na sua interacção com os serviços de intervenção precoce e as redes de suporte da sua comunidade (Brown & Conroy, 1997)

À tradicional abordagem de modelo de intervenção, baseada no tratamento e prevenção, acrescenta-se agora o modelo de promoção, otimizando e promovendo as capacidades de cada um, através da filosofia do “empowerment” de Dunst (2000). Este mesmo autor sintetiza a evolução dos modelos de intervenção em três gerações: uma primeira, que descrevia o princípio e os elementos de uma forma particular de abordar a intervenção familiar; uma segunda, em que já se tem em conta uma série de características e consequências das várias redes de suporte social, e; uma terceira, que vem clarificar os alvos da intervenção familiar e chamar a atenção para outros aspectos importantes das influências e intervenções do meio.

Em qualquer um dos modelos é importante não esquecer o apoio de que a criança, inevitavelmente, necessita. Dunst (1995, cit. por Serrano, 2000) refere dois grandes tipos de redes prestadoras de apoio social: as redes formais e as informais. As redes informais são constituídas pelos familiares, amigos, vizinhos, associações sociais, como organizações religiosas, de voluntariados, etc. As redes formais são constituídas pelos profissionais que trabalham com a criança e família e instituições como os hospitais, os serviços de segurança social, etc.

Antes da criança ir para a escola e até aos três anos, os educadores e outros técnicos do serviço de intervenção precoce devem pôr em prática um **Plano Individual de Apoio à Família (PIAF)**. Este plano define as necessidades individuais e únicas da criança. Define também o tipo de apoio para responder a essas necessidades. Por outro lado, enquadra as necessidades da criança nas necessidades individuais e únicas da família, para que os pais e outros elementos da família saibam como ajudar a criança. (EADSNE, 2007)

O plano deve centrar-se nas necessidades, forças, prioridades, objectivos e nas acções a serem implementadas e avaliadas. A existência deste documento facilita a transferência de informação e a continuidade do apoio necessário, quando uma criança transita de

uma determinada resposta para outra, ou quando uma família muda de residência.

Valentim (2006) analisa as práticas de Intervenção Precoce de 24 crianças, acompanhadas no distrito de Setúbal. Conclui que as práticas não estão totalmente de acordo com o defendido pela literatura, apesar de os pais demonstrarem satisfação com as mesmas.

Também Simões (2007) se dedica à caracterização de quatro programas de intervenção precoce do distrito de Faro. Conclui que a colaboração entre profissionais não é sistemática nem contínua e que o PIAF não é uma realidade. Estes programas não aceitam, ainda, o total envolvimento dos pais e a transdisciplinaridade da equipa.

Segundo Barbosa (2007), quando a criança ingressa no Jardim-de-infância e depois na Escola, os educadores em parceria com a família põem em prática um programa educativo que deve responder às necessidades individuais e únicas da criança. Apesar disso, são muitas as evidências de que estes professores não estão completamente preparados para lidar com estas crianças, com estas incapacidades (Singh, 2001).

Estes professores têm que elaborar um **Programa Educativo Individual (PEI)** que pretende estipular como vai ser feito o percurso educativo da criança tendo em atenção as suas capacidades e limitações. O PEI deveria ser elaborado com a participação do maior número possível de pessoas que são parte integrante da vida da criança, tais como: o professor, os pais, os técnicos que com ela trabalham, o professor de ensino especial, etc.

Este programa é em tudo idêntico ao PIAF, só que ajustado à idade da criança e à sua integração num meio escolar. Define as necessidades do aluno e os tipos de apoio escolar e extra-escolar, considerados convenientes para responder a essas necessidades.

Não se pode falar da elaboração de um PEI ou da integração de uma criança com incapacidade no ensino regular sem mencionar o Decreto-lei nº 319/91.

O Decreto-lei nº 319/91 regula a integração dos alunos portadores de deficiência nas escolas regulares e pressupõe a elaboração de um Programa Educativo Individual (PEI)

que identifica, explicita e fundamenta o processo educativo do aluno com necessidades educativas especiais de carácter prolongado.

“Do PEI deverão constar obrigatoriamente os seguintes elementos:

- a) Identificação do aluno;
- b) Razões que justificam a elaboração do PEI;
- c) Informação sobre a situação familiar;
- d) Antecedentes pessoais relevantes, nomeadamente os relativos ao desenvolvimento, saúde e à história escolar;
- e) Caracterização do funcionamento do aluno tendo em conta as características dos contextos físicos e sociais onde ocorre a aprendizagem;
- f) Identificação das barreiras que se colocam à aprendizagem e à participação do aluno no contexto escolar e familiar;
- g) Identificação, explicitação e fundamentação das medidas e recursos educativos especiais de educação a aplicar;
- h) Definição de objectivos com base na caracterização do funcionamento do aluno nos diferentes contextos de aprendizagem;
- i) Plano individual de transição (PIT) para a vida adulta quando exista;
- j) Data da avaliação e da reformulação do PEI;
- k) Assinatura dos participantes na elaboração do PEI.

A equipa responsável pela elaboração do PEI é composta pelos elementos que participaram no processo de elegibilidade, bem como pelo encarregado de educação do aluno e, sempre que possível, pelo próprio aluno.

A avaliação do PEI tem como objectivos:

- a) Verificar os progressos realizados pelo aluno, tendo em vista os objectivos anteriormente definidos para o seu processo educativo;
- b) Verificar a eficácia das medidas e recursos especiais de educação adoptados;
- c) Decidir sobre a continuidade da aplicação das medidas e recursos especiais de educação;
- d) Definir objectivos para o ano lectivo seguinte sempre que se opte pela continuidade das medidas e recursos especiais de educação. “(FNP, 2002).

Estas medidas existem para facilitar e orientar todo o processo respeitante à criança, família e todos que com ela trabalham. Se os técnicos realmente cumprissem estas orientações todo o seu trabalho seria facilitado.

“Queria ser uma psicóloga que chegasse mais perto das pessoas e de suas realidades, para trabalhar na promoção da melhoria da qualidade de vida, levando em conta os seus contextos de vida, suas histórias e seus processos de desenvolvimento. Assim, poderia melhorar também a minha qualidade de vida pessoal e profissional e me sentir realizada.” (Koller, 2004, p. 44)

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DOS PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE

Smith (1986, cit. por Coutinho, 1999) propõe uma série de objectivos que justificam a avaliação de programas de intervenção precoce, tais como o ajustamento do programa a novas necessidades ou orientações, resolução de problemas detectados pela avaliação, justificação da continuidade e do investimento feito, comprovação da qualidade do programa e melhoria da compreensão do desenrolar de todo o processo e seus intervenientes.

Para uma avaliação de programas de qualidade temos que definir os objectivos da avaliação, o que se vai avaliar, de que forma isso será feito e quem será o responsável por esta (Pimentel, 1999).

A avaliação dos programas pretende, normalmente, responder a determinadas questões para que se possam tomar decisões. Para cada tipo de decisões a tomar corresponde um tipo de avaliação. Almeida (1997) faz esta correspondência da seguinte forma:

- Para tomar decisões acerca das necessidades prioritárias temos de proceder a uma avaliação das necessidades;
- Para tomar decisões sobre o processo temos de proceder a uma avaliação do processo;
- Para tomar decisões quanto ao impacto, é sobre ele que vai decorrer a avaliação;
- Para tomar decisões sobre a viabilidade de um programa temos de proceder a uma avaliação ecológica e de custos.

Teremos assim uma sucessão de fases como as apresentadas por Freeman, Rossi e Wright (1980, cit. por Pimentel, 1999) e Hanson e Lynch (1989, cit. por Pimentel, 1999) em que começaríamos por definir o tema da avaliação e os seus destinatários,

elaborávamos as questões de avaliação e definíamos o plano a seguir, de seguida, seleccionávamos ou construíamos os instrumentos e, por fim, antes de executarmos o plano, fazíamos a revisão final do mesmo.

Não devemos esquecer que a avaliação deve ser um processo contínuo que vai ajustando todo o decorrer da intervenção (Pimentel, 1999).

Baseando-se nas poucas investigações sobre os efeitos a longo prazo, na variedade de instrumentos e de programas e na homogeneidade dos grupos abrangidos, Leitão (1991) chama a atenção para a dificuldade e complexidade subjacente à tarefa de avaliar a eficácia dos programas de intervenção precoce.

As primeiras avaliações deste género eram feitas através da medição dos ganhos a nível de Quociente de Inteligência. A não abrangência de situações extra-escolares e sociais veio mostrar a necessidade de analisar outros pontos que comprovassem uma real eficácia, passando-se assim a ter em conta as melhorias das capacidades de comunicação, competências sociais e autonomia (Martins, 1999).

Maxwell e Bryant (1997) fazem uma revisão sobre os estudos efectuados na área de intervenção precoce, apresentando um resumo dos resultados de 5 estudos longitudinais efectuados desde 1985, com resultados publicados desde 1990, em que as crianças foram seguidas até à adolescência ou início da vida adulta:

- Perry Preschool – Estudo com crianças de baixo estatuto sócio-económico e com Q.I. abaixo de 90. Os seus educadores utilizaram o High Scope Curriculum (Hohmann, Barry & Weikart, 1979 cit. por Maxwell & Bryant, 1997). Os grupos eram de 5 ou 6 crianças que frequentavam a pré-primária duas horas e meia por dia, 5 dias por semana, durante 2 anos, até entrarem para a escola pública. Os educadores faziam uma visita semanal ao domicílio, com a duração de 90 minutos. Aos 19 anos eram pessoas com mais estudos, mais emprego, mais independência, menos taxas de crime e menor taxa de gravidez na adolescência. Aos 27 anos as diferenças mantinham-se e distanciavam-se cada vez mais, por comparação às crianças que não haviam sido acompanhadas pelo programa. Encontraram-se ainda diferenças significativas quanto a possuir casa própria e a longevidade média de casamento era o dobro. Não se

verificaram diferenças a nível cognitivo.

- Chicago Child and Parent Centers – Crianças acompanhadas desde os três anos até ao 1º ano, frequentando Jardim-de-infância, Pré-primária e o 1º ano, com suporte e envolvimento parental. As crianças que frequentaram estes centros obtiveram melhores resultados académicos ao longo da sua vida escolar e mesmo os que desistiram de estudar, fizeram-no mais tarde (com uma diferença de um ano e meio). Um dos programas obteve uma diferença mais significativa nas raparigas.
- The Syracuse University Family Development Research Program – Acompanharam 108 famílias desde o período pré-natal até à idade escolar dos seus filhos, fornecendo cuidados de nutrição e saúde infantil, redes de serviço social e visitas domiciliárias. As mães tinham uma média de 18 anos, mais de 85% eram mães solteiras com baixos rendimentos e eram, na grande maioria, afro-americanas. As visitas semanais ao domicílio fortaleciam o papel da mãe como principal professora e incluíam a aprendizagem de um jogo por semana. Dava ainda assistência a nível das relações familiares e do emprego e promovia reuniões semanais de pais e crianças, no centro. Apesar dos serviços serem gratuitos, 24% das crianças não completaram 5 anos de intervenção e menos de 50% continuava a ser seguida aos 15 anos. Não se obtiveram diferenças relativamente ao grupo de controlo.
- Houston Parent Child Development Center – Programa de 2 anos, para a educação de crianças entre os 1-3 anos e respectivos pais descendentes de famílias méxico-americanas com baixos rendimentos. No 1º ano as visitas domiciliárias eram bimensais e promoviam as competências maternas. No 2º ano, a mãe e a criança frequentavam o centro 4 manhãs por semana. A mãe tinha aulas sobre saúde infantil e desenvolvimento e a criança frequentava a creche. Algumas actividades envolviam quer a criança quer a mãe e semanalmente havia actividades para toda a família. No 5º ano de escolaridade foi passado o Iowa Test of Basic Skills (Hieronymous, Lindquist & Hoover, 1982, cit. por Maxwell & Bryant, 1997), em que as crianças que frequentaram o programa apresentaram resultados significativamente mais altos do que as que não integraram esse programa.
- Abecedarian Project– Programa educacional para crianças na pré-primária, provenientes de famílias com baixos rendimentos. Foi constituído um grupo de controlo e um de intervenção. Ambos recebiam serviços sociais e suplementos nutricionais. As crianças do programa recebiam intervenção educacional sistemática

no centro infantil, até aos 5 anos. Esta intervenção focava-se na cognição, na motricidade fina e grossa, na socialização, nas capacidades adaptativas e na linguagem (Sparkling & Lewis, 1979, cit. por Maxwell & Bryant, 1997). Os pais tinham reuniões periódicas e eventos sociais em conjunto. No final do programa, as crianças do grupo de intervenção obtiveram melhores resultados nas escalas de desenvolvimento cognitivo.

Analisando estes estudos, Maxwell e Bryant (1997), concluem que é irrealista pensar que numa intervenção limitada no tempo vai alterar permanentemente o comportamento ou a cognição de uma criança e que, uma vez que a criança tem que ser vista de forma contextualizada na sua família e comunidade, o programa de intervenção precoce será tanto mais eficaz quanto mais se interligar com outros programas e suportes sociais, que se venham a revelar necessários.

Guralnick (2001) insiste neste tipo de estudos, uma vez que considera provado que através de intervenções realizadas nos primeiros 5 anos de vida é possível minimizar substancialmente atrasos no desenvolvimento cognitivo, o que vem demonstrar claramente a eficácia destas intervenções.

Guralnick (2001) defende que nenhum sistema pode ser eficaz se não tiver um programa de monitorização e um plano de avaliação. Também Hanson e Lynch (1989) “consideram que o desenvolvimento e a implementação de estudos sobre a avaliação da eficácia dos programas de intervenção precoce é essencial para que seja assegurada a qualidade dos serviços prestados. Assim, desde o momento da planificação do programa deve ser também feita a planificação da sua avaliação (Pimentel, 2003, p. 91).

A existência de um processo de desenvolvimento comum a todos os programas de intervenção iria sem dúvida simplificar essa tarefa (Guralnick, 2001). Para que isto se torne possível, não podemos deixar de destacar a Eurlyaid (palavra resultante da fusão de “Europa” e “Ajuda Precoce”, em inglês), que tem como objectivo alcançar a cooperação internacional e uma rede de troca de informações no campo da Intervenção Precoce. Espera, assim, atingir uma política comum, com o propósito de criar melhores condições para o desenvolvimento da Intervenção Precoce na Europa (Heinen, 2000).

As principais dimensões que asseguram a qualidade dos programas de intervenção precoce, segundo Simeonsson e Bailey (1990), são o grau de eficácia das intervenções, o aprofundamento e integração dos conhecimentos e a cooperação nacional e internacional, que permita a troca de informação útil para este campo. Já Guralnick (1997, cit. por Martins, 1999) caracteriza como mais eficazes os programas que reúnem as seguintes condições: precocidade da intervenção, longa duração e envolvimento directo dos pais como principais educadores dos seus filhos.

Segundo McNaughton (1994), para uma correcta avaliação dos programas de intervenção precoce não podemos deixar de lado a satisfação parental, já que este é um dos melhores parâmetros de avaliação, embora seja raramente tida em conta nas investigações formais dos efeitos dos programas. O mesmo autor defende a existência de quatro razões fundamentais para que a avaliação da satisfação parental seja actualmente tida como uma medida essencial:

- O facto de os pais serem os principais responsáveis pela criança;
- A informação que os pais fornecem ser indicadora para melhorias na qualidade do serviço;
- Ser estimulante para a participação dos pais, já que as suas opiniões são tidas em consideração para a tomada de decisões;
- São indicadores de qualidade que podem ser utilizados para convencer as autoridades da necessidade dos programas de intervenção precoce.

A avaliação da satisfação parental deve ser feita de forma a considerar até que ponto os resultados vão de encontro às expectativas dos pais (McNaughton, 1994) Caso se utilize um questionário para o fazer, Bailey (1987) e Baker (1989), citados por Coutinho (1999) recomendam que se utilize uma mistura de perguntas fechadas e de perguntas abertas e que se utilizem algumas afirmações cujas respostas sejam do género da escala de Likert. É também importante que os profissionais encarregues da avaliação tenham formação apropriada em comunicação e entrevistas (Winton & Bailey, 1990, cit. por Coutinho, 1999).

Nos EUA, onde sempre se manifestou uma grande preocupação pela avaliação dos programas em curso, os aspectos referentes ao envolvimento dos pais e ao suporte das famílias têm merecido um lugar de destaque. A própria legislação dá um enorme destaque ao papel dos pais (Bailey, 1999, cit. por Felgueiras, 2000).

Pimentel (1999) salienta que é fundamental avaliar não só a opinião das famílias, mas também as percepções dos profissionais relativamente à forma como o seu trabalho pede a colaboração com a família.

Para que tudo isto seja possível, é necessário operacionalizar o conceito de satisfação. Lanners (2000) propõe como forma de operacionalização deste conceito a diferença entre as expectativas dos pais sobre o programa de intervenção precoce e o serviço real que, na perspectiva dos mesmos, foi realizada.

Surge então a necessidade de criar uma escala que possa ser utilizada em todos os tipos de programa de intervenção precoce. Assim, essa nova escala tem de conter itens gerais que sejam aplicáveis a todos os serviços.

A Eurllyaid constrói a Escala Europeia de Satisfação Parental em Intervenção Precoce, a partir de um questionário base, que foi respondido por 584 pais de diversos países da Europa. A análise estatística foi feita com a análise factorial de componentes principais, sujeita a uma rotação varimax com normalização de Kaiser. A análise principal extraiu 8 factores que explicam 54,08% da variância total da amostra, o que é significativo. Foi ainda feita uma análise qualitativa que pretendia avaliar três critérios : objectividade, a fidelidade e a validade. Com os dados que haviam sido recolhidos, apenas foi possível analisar a consistência interna, que se revelou alta.

SITUAÇÃO EM PORTUGAL

INTERVENÇÃO PRECOCE EM PORTUGAL

Os primeiros programas que surgiram em Portugal, nas décadas de 60 e 70, tinham um carácter monodisciplinar e eram baseados na estimulação precoce. Os programas foram desenvolvidos pelos Centros de Paralisia Cerebral e pelos Serviços de Orientação Domiciliária (substituídos em 1972 pelas Equipas de Orientação Domiciliária) (Almeida, 2002).

Segundo Gronita (2003), em 1976, a Cercizimbra constitui uma valência de Jardim-de-infância com o intuito de integrar crianças com necessidades especiais no ensino regular. Em 1983 a APPACDM de Setúbal cria o primeiro Serviço de Estimulação Precoce do país e a primeira experiência de intervenção precoce, em Portugal, surgiu em 1985 através da Direcção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica, actualmente Centro de Estudos e Apoio à Criança e à Família. Foi utilizado o modelo Portage, que foi concebido para ajudar pais de crianças deficientes a estimular o seu desenvolvimento e a conseguir eliminar comportamentos indesejados. É um programa de apoio domiciliário semanal, que implica um grande envolvimento dos pais como educadores e parceiros da equipa técnica. A avaliação inicial é feita através do preenchimento de uma checklist que engloba 6 áreas de desenvolvimento:

1. Estimulação do bebé;
2. Socialização;
3. Autonomia;
4. Linguagem;
5. Cognição;
6. Desenvolvimento Motor (Felgueiras & Pimentel, 1987).

Actualmente, temos em Portugal um elevado número de projectos, espalhados de forma muito pouco homogénea, dos quais se destacam:

- “Os programas de seguimento dos recém-nascidos de alto-risco”, realizados nas maternidades e serviços de pediatria dos principais hospitais do país.
- Os programas que apoiam as crianças em situação de risco biológico e risco estabelecido dos 0 aos 3 anos de idade, implementados pela Segurança Social.
- Os projectos de Intervenção Precoce realizados pelas Instituições de Educação Especial tuteladas pelo Ministério da Educação em articulação com as Equipas de Coordenação dos Apoios Educativos.” (Martins, 1999, p. 49)

Salienta-se o Projecto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra, que começou em 1989, visto que tem sido reconhecido como um projecto de qualidade, com a preocupação de coordenar e integrar uma série de recursos, que dá resposta a crianças dos 0 aos 3 anos de idade com Necessidades Educativas Especiais (NEE) e respectivas famílias, no distrito de Coimbra. É um projecto que se destaca, também, pelo investimento que faz a nível da formação e supervisão dos seus técnicos.

Um dos principais obstáculos ao desenvolvimento harmonioso da intervenção precoce em Portugal era a lacuna legislativa quanto à intervenção precoce para crianças dos 0 aos 3 anos de idade, actualmente coberta pela Lei 891/00. Martins (1999) salienta este facto e relembra que as conclusões do grupo de trabalho interdepartamental, criado em 1994, com o objectivo de projectar o atendimento para esse grupo, não tiveram qualquer resposta governamental.

Até 1999 a legislação que regulamentava a IP estava dispersa na legislação referente à Educação Especial e à Educação Pré-Escolar (Bairrão & Almeida, 2002).

O Despacho Conjunto 891/99, de 19 de Outubro – até hoje, única legislação portuguesa para esta área – legitima a importância do trabalho em família, do Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF), há muito considerado um instrumento fulcral em Intervenção Precoce (IP), das equipas multidisciplinares, do “Responsável de Caso”, etc. (Bairrão & Almeida, 2002).

Esta legislação permitiria o enquadramento das práticas, bem como o seu financiamento. No entanto, como este despacho não chegou a ser regulamentado, o enquadramento legal dos projectos de intervenção precoce em Portugal continua disperso, sendo fonte de problemas de financiamento que ainda actualmente se mantêm.

Um recurso humano ao alcance das crianças nestas condições eram as antigas Equipas de Educação Especial, legalmente reconhecidas pelo Despacho Conjunto 36/SEAM/SERE/88, que apoiavam em estabelecimentos ou no domicílio crianças dos 0 aos 6 anos de idade, com necessidades educativas especiais.

Devido à Declaração de Salamanca, que preconiza a educação inclusiva, defendendo que todas as crianças devem aprender juntas, foi publicado o Despacho Conjunto nº 105/97, que extinguiu as Equipas de Educação Especial e criou as Equipas de Coordenação dos Apoios Educativos e os Apoios Educativos. Este Despacho Conjunto retirou grande parte do envolvimento familiar que se tentava implementar. Actualmente, temos a nível da Segurança Social, o programa “Ser Criança” que apoia financeiramente projectos destinados a crianças dos 0 aos 3 anos de idade (Coutinho, 1999).

Mas se queremos que a intervenção precoce progrida substancialmente temos que tomar algumas medidas. Felgueiras (1997) propõe dar formação específica dos profissionais na área da intervenção precoce, conjugar esforços interdisciplinares, proporcionar flexibilidade às famílias, pois cada caso é um caso, e exigir uma legislação adequada.

A nível da formação específica disponível em Portugal, Almeida (2002) refere haver ainda um grande percurso a percorrer, uma vez que a nível académico existem apenas:

- “Dois mestrados em Intervenção Precoce.
- Duas universidades que incluem um Módulo de Intervenção Precoce nos seus currículos. Uma a nível de mestrado, outra de licenciatura.
- Cursos de Intervenção Precoce no âmbito da Formação Permanente de uma instituição universitária.
- Alguns currículos de licenciatura que incluem uma disciplina de Intervenção Precoce

Por sua vez, a nível de formação em serviço, temos:

- A formação Portage, básica e avançada, a cargo da Associação Portage em colaboração com o Centro de Estudos e Apoio à Criança e à Família.
- Algumas acções de formação organizadas pelo Ministério da Educação.
- Alguns módulos de formação organizados, quer por diversas instituições, como, por exemplo, a FENACERCI ou a Liga dos Deficientes Motores, quer por projectos de Intervenção Precoce, nomeadamente pelo Projecto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra.”(Almeida, 2002, p. 140).

AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE EM PORTUGAL

Tal como anteriormente abordamos, pareceu-nos de salientar cinco trabalhos publicados sobre esta matéria, em Portugal.

O trabalho de Elisa Veiga (1995, cit. por Martins, 1999) “Intervenção Precoce e Avaliação - estudo introdutório”, em que se avaliam os objectivos e as características de 13 projectos de intervenção precoce da zona norte do país, baseando-se apenas na opinião dos técnicos. Este trabalho revela uma situação alarmante, uma vez que as conclusões vão contra o esperado, isto é, concluiu-se que os programas não avaliaram o seu impacto, desenvolveram uma intervenção centrada na criança e com um grande protagonismo dos técnicos e muitas equipas não eram pluridisciplinares.

O trabalho de Almeida, Felgueiras e Pimentel (1997) “Estudo Avaliativo da Implementação do Programa Portage em Portugal”, que aborda o impacto do programa nas crianças, nos pais, na organização e gestão de recursos e ainda o impacto da criança nos técnicos.

O estudo de Bairrão e Almeida (2002) “Contributos Para o Estudo das Práticas de Intervenção Precoce em Portugal”, em que foi utilizado o Questionário aos Educadores de Apoio Educativo – Intervenção com Crianças dos 0 aos 6 anos. Responderam a este questionário 1048 educadores de todo o país. Foram retiradas algumas conclusões apontando a falta de oferta de formação e investigação a nível nacional, a inexistência de um modelo teórico/prático de referência e um trabalho pouco interdisciplinar.

A Dissertação de Doutoramento em Psicologia realizada por Júlia Serpa Pimentel “Intervenção Focada na Família: Desejo ou Realidade. Percepções de pais e profissionais sobre as práticas de apoio precoce a crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias.” (2003). No seu estudo foram utilizados diversos instrumentos: uma Escala de Intervenção Focada na Família, uma Escala de Intervenção Focada na Família – Escala de Importância, uma entrevista/questionário, e um outro questionário de caracterização do nível funcional da criança. Todos estes instrumentos

tinham versões diferenciadas para os técnicos e para os pais. Foi ainda passado aos coordenadores dos Programas de Intervenção Precoce um inquérito de caracterização de Programas de Intervenção Precoce. Este estudo, com 193 mães e 128 profissionais (técnicos de todos os serviços de intervenção precoce e/ou apoio educativo a crianças em idade pré-escolar, no distrito de Lisboa), onde se conclui que os serviços prestados são frequentemente focados na criança, correspondendo ao tipo de serviços que os participantes consideram mais importantes, e que os pais e os técnicos percebem de forma diferente o que ocorre no programa de intervenção precoce, uma vez que os técnicos sentem prestar mais serviços do que os percebidos pelos pais. São também encontradas algumas falhas segundo o enquadramento teórico, como o não existir uma verdadeira relação de parceria, a intervenção ser centrada na criança e não na família, a avaliação ser frequentemente monodisciplinar e pontual e o facto de não se verificar uma real coordenação das redes de suporte.

E, por fim, o trabalho de Cruz, Fontes e Carvalho (2003) “Avaliação da Satisfação das Famílias Apoiadas pelo PIIP: resultados da aplicação da escala ESFIP”. Neste trabalho foi utilizada a Escala ESFIP como único instrumento de avaliação, a qual foi passada a 158 famílias. O PIIP tinha já sido destacado por Serrano e Correia (1998, cit. por Martins, 1999) por ser dos projectos que melhor funcionava e que mantinha o esperado âmbito abrangente e ecológico.

A Associação Nacional de Intervenção Precoce / PIIP de Coimbra conclui que, de uma maneira geral, as famílias se encontram satisfeitas com a intervenção levada a cabo e na análise detalhada das dimensões foram obtidos os seguintes índices de satisfação, numa escala de -2(mau) a 2(muito bom):

- Apoio que foi prestado aos pais (0,7);
- Apoio prestado à criança (1,09);
- Ambiente social (1);
- Relação estabelecida entre pais e profissionais (1,66);
- Modelo de apoio (1,15);
- Direitos dos pais (1,05);
- Localização e ligações do serviço (0,27);

- Estrutura e administração do serviço (optaram por não o analisar na globalidade);
- Intervenção na sua globalidade (0,93).

No seguimento deste estudo foi realizado um trabalho por Antunes, Dias e Pimentel (2005) com famílias apoiadas pelos Programas de Intervenção Precoce: 17 da Cooperativa de Educação Especial (Sintra); 13 das ECAE's (Equipa Monodisciplinar - Sintra); 15 do PIIP CERCILIS Lisboa, e; 19 da APERCIM – Núcleo de Apoio à Família (Mafra). Utilizando o instrumento apresentado no estudo anterior, concluiu-se que o nível de satisfação das famílias com as intervenções desenvolvidas foi “Bom”, obtendo um nível de satisfação global de 1,14. Houve uma elevada satisfação relativamente ao *Apoio às Crianças*, tal como na *Relação Estabelecida entre Pais e Profissionais*. Salienta-se ainda uma discrepância entre o nível de satisfação na *Relação Estabelecida entre Pais e Profissionais* (1,65 – área com maior satisfação) e o nível de satisfação no *Apoio aos Pais* (0,76 – área com menor satisfação). Esta discrepância pode ser explicada pela crença dos pais de que o apoio é dirigido apenas à criança, e não a todo o contexto envolvente.

Outros estudos a destacar, embora não se encontrem publicados, são os de Cara-Linda (2007) e de Cordeiro (2004), uma vez que analisam programas de Intervenção Precoce.

Cara-Linda (2007) apresenta um estudo sobre este tipo de abordagem, trabalhando com uma amostra de 58 crianças e respectivas famílias apoiadas por um projecto de intervenção precoce. Conclui que a equipa, composta por técnicos de áreas diversificadas, refere como aspectos a melhorar o alargamento da equipa com técnicos de outras formações e o aumento de técnicos das especialidades já existentes. As famílias afirmam-se satisfeitas com o serviço e com a sua envolvência quer na intervenção, quer na avaliação.

Cordeiro (2004) realiza um estudo em Lisboa, onde analisa 20 processos através de análise documental e observação. Pôde-se concluir que as práticas desenvolvidas pelas educadoras se aproximam das recomendadas, excepto no que diz respeito à avaliação dos programas. Também esta equipa integra técnicos de diferentes áreas. Salienta-se, por fim, que existe falta de definição e clarificação dos objectivos específicos e globais a atingir com a criança.

OBJECTIVO DO ESTUDO

As questões de investigação que se colocam neste estudo são:

- Será que as famílias apoiadas por esta unidade se encontram globalmente satisfeitas com ela e com a forma como é dado o diagnóstico?
- Será que a tipologia de funcionamento deste Serviço de Intervenção Precoce segue o modelo interdisciplinar?
- Será que os objectivos delineados são objectivos com qualidade?
- Será que os técnicos deste serviço se avaliam de forma coerente com a análise documental?

A partir das questões de investigação e da revisão de literatura atrás referidos, os objectivos do presente estudo são:

1. Avaliar o nível de global de satisfação dos pais, relativamente ao serviço e à forma como o diagnóstico é dado;
2. Determinar a tipologia de funcionamento da equipa que apoia as crianças e famílias participantes e o grau de envolvimento das famílias no processo de apoio educativo;
3. Determinar a qualidade dos objectivos dos programas de Intervenção Precoce, e;
4. Determinar a coerência da auto-avaliação dos técnicos com a análise documental efectuada.

A população-alvo deste estudo é o universo de crianças dos 0 aos 6 anos e respectivas famílias apoiadas por programas de intervenção precoce da Unidade de Desenvolvimento, do Serviço de Pediatria, do Hospital de Santa Maria, os seus processos e os técnicos deste serviço.

MÉTODO

De forma a contextualizar os participantes, procedimentos e instrumentos interessa caracterizar a Unidade de Desenvolvimento, do Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria.

HISTORIAL DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

Nas décadas de 30 e 40 o Concelho de Lisboa encontrava-se em forte expansão demográfica, saturando os hospitais existentes nesta área. Surge assim a necessidade de dotar Lisboa de um novo pólo hospitalar.

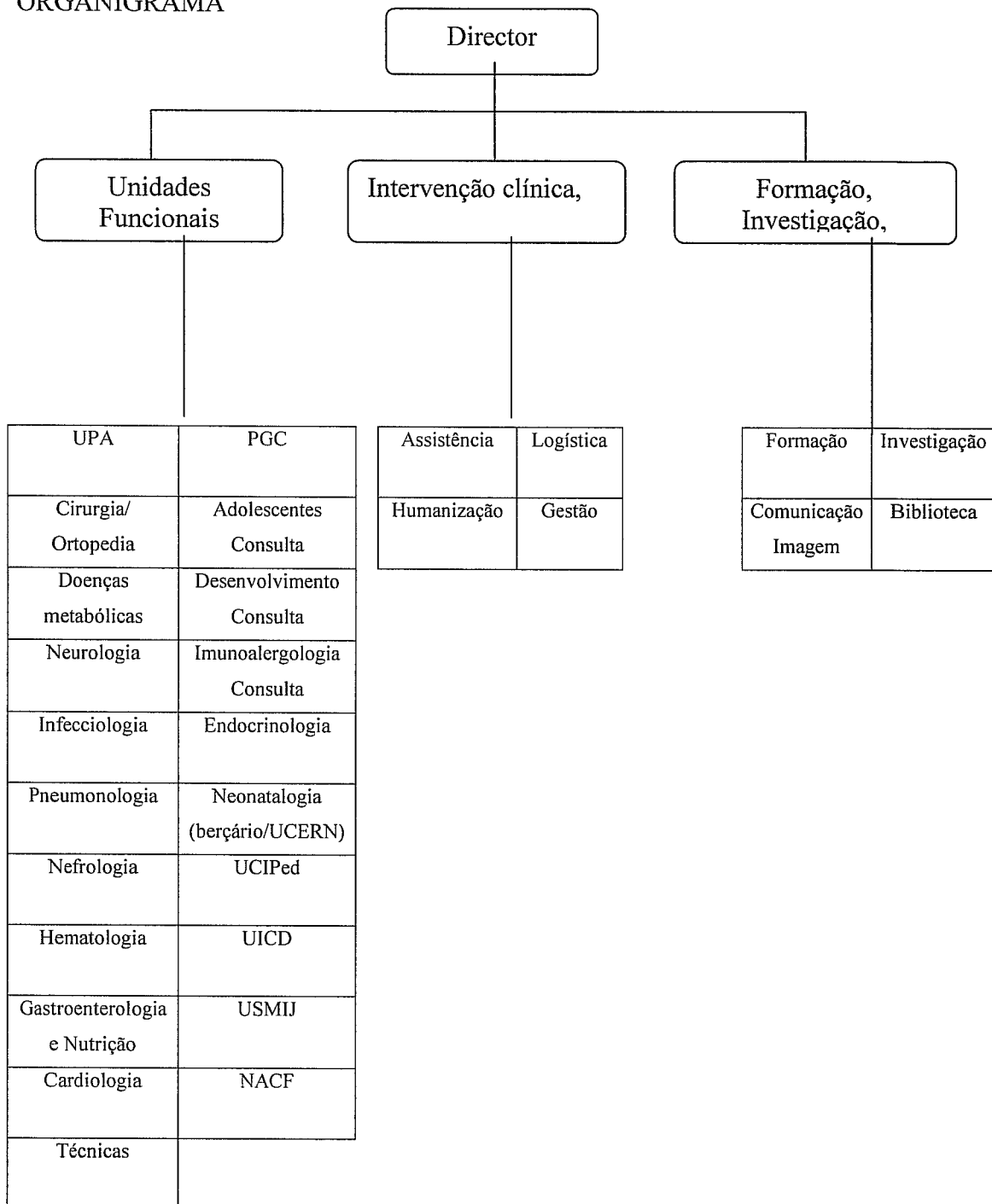
O governo de então decide criar um novo hospital-faculdade, que substituísse o de Santa Marta, com capacidade para o internamento de 1500 doentes, a Faculdade de Medicina de Lisboa (FML), consultas externas de todas as especialidades, serviços centrais e serviços de urgência.

Actualmente, o HSM é um grande centro hospitalar, com mais de 1300 camas, onde trabalham mais de 5000 pessoas e dispõe de numerosos serviços especializados.

Esta sub-especialização deve-se, em parte, ao facto de o HSM ser um Hospital Universitário, o que garante uma importante componente de investigação médica, permanente actualização e inovação e um quadro técnico qualificado.

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

ORGANIGRAMA



PGC – Pediatria Geral Consulta

UPA – Unidade Pluridisciplinar Assistencial

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascidos

UCIPed – Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos

UICD – Unidades de Internamento de Curta Duração

USMIJ – Unidade de Saúde Mental Infantil e Juvenil

NACF – Núcleo de Apoio à Criança e à Família

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE DESENVOLVIMENTO

HISTORIAL

A Unidade de Desenvolvimento do Serviço de Pediatria do HSM foi fundada em 1975 pelo Professor Doutor João Carlos Gomes-Pedro. Esta unidade trouxe grandes progressos à forma como se aborda o desenvolvimento, uma vez que os seus membros introduziram em Portugal uma série de testes de avaliação, tais como o teste de *Ruth Griffiths*, o *Denver II* e o *Amiel-Tison*.

CONSTITUIÇÃO

A equipa da Unidade de Desenvolvimento do Serviço de Pediatria do HSM é constituída por:

- 2 Pediatras do desenvolvimento
- 2 Terapeutas da Fala
- 1 Educadora de Infância
- 1 Psicóloga Clínica
- 1 Psicóloga Educacional
- Internos de Medicina (rotativos, em estágio curricular durante 2 meses)

Trabalham com a equipa três funcionários administrativos e uma funcionária de limpeza.

ACTIVIDADE ASSISTENCIAL

A Unidade de Desenvolvimento do Serviço de Pediatria do HSM é uma consulta de referência onde são prestados cuidados de saúde na área do Desenvolvimento Infantil. Os técnicos que aqui trabalham estão também envolvidos na formação pré e pós-graduada na Faculdade de Medicina de Lisboa e levam a cabo uma série de investigações.

São admitidas para consulta as crianças com idade inferior a 5 anos, na data da primeira consulta, tendo prioridade as crianças com menos de 1 ano, com excepção das crianças para a consulta de Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA), que se poderão inscrever até aos 10 anos.

Esta unidade acompanha todas as crianças identificadas a partir do diagnóstico precoce, *teste do pezinho*, realizado entre o 4º e o 10º dia de vida, que sejam portadoras de hipotiroidismo congénito ou de fenilicetonúria, de toda a metade sul do País.

O facto de existirem protocolos de intervenção específicos para diversos quadros clínicos, potencia que muitas das crianças sejam referenciadas por outras consultas/unidades do HSM ou mesmo por outros hospitais.

CONSULTAS

É durante as consultas que se procede à avaliação de crianças com suspeita de perturbação do desenvolvimento ou que corram o risco de a vir a apresentar. Só então é possível definir a orientação mais adequada, de acordo com as especificidades de cada criança. Esta orientação é sempre definida com a concordância e colaboração dos pais.

A Consulta de Desenvolvimento tem alguns protocolos, listas de procedimentos a seguir para despiste de problemas relacionados com cada problemática:

- Protocolo integrado para a Trissomia 21;
- Protocolo integrado para o Síndrome de Williams;
- Protocolo integrado para o Síndrome do X Frágil;
- Protocolo para o seguimento de Recém-Nascidos com Factores de Risco Peri-Natais, geralmente enviados pela UCERN.

Existem ainda algumas consultas específicas, com técnicos especializados:

- Consulta de Gemelaridade;
- Consulta de Perturbações da Linguagem;
- Consulta de Perturbações do Espectro Autista;
- Consulta de Saúde Mental Infantil;

- Consulta de Síndrome de Hiperactividade e Défice de Atenção;
- Programas de Intervenção/Encaminhamento Educativo e Social.

As crianças são seguidas nesta unidade até conseguirem ultrapassar as suas dificuldades, garantindo um acompanhamento, pelo menos até à idade escolar.

REUNIÕES

Reuniões das neurociências pediátricas: A Unidade de Desenvolvimento e a Unidade de Pedopsiquiatria reúnem-se semanalmente para, alternadamente, apresentarem um tema de interesse para ambas. Estes temas podem ser fundamentados em estudos de caso acompanhados pela unidade ou em artigos científicos. A escolha do tema é da responsabilidade da unidade que o apresenta. A apresentação é composta por duas partes: uma primeira de exposição e uma segunda de discussão. Estas reuniões servem para dar a conhecer as últimas actualizações científicas e abordar de forma multidisciplinar e complementar cada um dos temas.

Reuniões de equipa: A equipa da Unidade de Desenvolvimento do Serviço de Pediatria do HSM reúne-se semanalmente, para discutir problemas e/ou casos. Nestas reuniões apenas podem estar presentes os elementos efectivos da unidade. Estes mesmos elementos reúnem-se na primeira quinta-feira de cada mês com o Director de Serviço, o Dr. Gomes-Pedro, para discutir todos os problemas internos da Unidade de Desenvolvimento.

Reuniões clínicas do serviço de pediatria: Também semanalmente tem lugar uma reunião, na sala de reuniões da Unidade de Desenvolvimento e da Unidade de Pedopsiquiatria. Nessa reunião é exposto um tema escolhido pela unidade responsável pela apresentação.

OBJECTIVOS

Os objectivos definidos pela Unidade de Desenvolvimento do Serviço de Pediatria do HSM são:

- Apoiar as famílias psicologicamente;
- Avaliar a família: detecção das áreas fortes e fracas;
- Capacitar os pais de crianças com necessidades educativas especiais (NEE) a estabelecerem padrões parentais adequados, proporcionando os cuidados básicos de saúde, de estimulação e autonomia, imprescindíveis ao desenvolvimento das mesmas;
- Definir e encaminhar os serviços específicos necessários para responder às necessidades da criança e da família;
- Definir os objectivos a atingir com a criança e a família;
- Identificar as datas de início das acções e sua duração – critérios de avaliação;
- Identificar as necessidades e aspirações da família, recursos, suportes formais e informais, capacitando a família a mobilizar os recursos e suportes identificados;
- Identificar o técnico responsável que deverá pertencer à área profissional mais relevante pela implementação do plano educativo e pela coordenação com outros serviços e técnicos implicados;
- Intervir precocemente, fazendo o despiste de possíveis deficiências e factores de risco que interfiram no desenvolvimento e aprendizagem da criança, que se poderão tornar graves ou levar ao aparecimento de deficiências secundárias;
- Prevenir a emergência de problemas ou alterações futuras;
- Promover o desenvolvimento em domínios chave;
- Promover o desenvolvimento, independência e competência da criança;
- Proporcionar à criança experiências de vida normalizantes.

INSTALAÇÕES

A Unidade de Desenvolvimento do Serviço de Pediatria do HSM está instalada na antiga creche do hospital, um pavilhão fisicamente distinto do edifício principal do hospital, associado à zona das consultas externas de Pediatria.

Neste pavilhão funcionam duas unidades: a Unidade de Pedopsiquiatria, com seis gabinetes à disposição, e a Unidade de Desenvolvimento, também com seis gabinetes. As unidades partilham os espaços comuns: Uma sala de reuniões, uma sala polivalente/biblioteca, uma sala destinada aos serviços administrativos, uma sala de espera e as instalações sanitárias. O *Centro Brazelton* inclui quatro salas, ao dispor das necessidades de cada unidade.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ATENDIMENTO

A área de atendimento formal corresponde à área geográfica de atendimento do HSM, com inscrição nos seguintes Centros de Saúde:

Concelho de Lisboa:

- Alvalade
- Ameixoeira
- Benfica
- Campo Grande
- Carnide
- Charneca
- Lumiar
- São João de Brito

Concelho de Loures:

- Bucelas
- Fanhões
- Frielas
- Loures
- Lousa
- Santo Antão do Tojal
- Santo António dos Cavaleiros
- São Julião do Tojal

Concelho de Odivelas:

- Caneças
- Famões
- Odivelas
- Pontinha
- Póvoa de Santo Adrião
- Ramada
- Urmeira

São também aceites os utentes referenciados por outros hospitais do País ou utentes referenciados por outra especialidade do HSM

METODOLOGIA

1. AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PARENTAL

PARTICIPANTES

A amostra deste estudo é composta por 100 famílias apoiadas pela Unidade de Desenvolvimento do Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria.

Caracterização dos participantes:

O instrumento utilizado tem uma parte inicial cujas questões servem para caracterizar os participantes. De maneira a fazer esta caracterização, recorreremos à análise descritiva.

As crianças apresentam uma média de 4 anos, na altura do diagnóstico.

Quanto ao grau de parentesco do inquirido relativamente à criança, são normalmente as mães que acompanham a criança, 78% das vezes, 19% das vezes são os pais e 3% os avós. (ver Anexo II - Tabela 1)

Quanto ao nível sócio-económico das famílias inquiridas pode-se constatar que 17% pertencem a um escalão alto, 50% a um escalão médio e 33% a um escalão baixo. Estes níveis foram atribuídos consoante a profissão dos inquiridos.

Relativamente ao estado civil da amostra, verificou-se que a maioria, 80%, era casada, 10% era solteira, 7% era divorciada e 3% era viúva.

Quanto à principal dificuldade da criança, percebida pela família, 39% refere-se a dificuldades na linguagem, 25% a atrasos no desenvolvimento global, 5% referem que não percebem grandes dificuldades na criança, 4% menciona dificuldades múltiplas, 1% fala em dificuldades auditivas e, também 1% refere dificuldades motoras.

Os restantes 25% referem-se a dificuldades específicas, como dificuldades de aprendizagem, de raciocínio, de atenção e concentração, dificuldades no sono e alimentares, rebeldia, irrequietude e problemas sociais (ver Anexo II - Tabela 2 e 3).

Quanto ao diagnóstico da criança, 29% das crianças estão diagnosticadas com Déficit Cognitivo, 28% com PHDA, 20% com Perturbação da Linguagem, 15% com Autismo e 8% com Síndrome de Asperguer (ver Anexo II - Tabela 4).

INSTRUMENTOS

Para avaliar a satisfação parental, realizou-se uma entrevista ao acompanhante da criança, baseada num guião desenvolvido pela própria Unidade (Anexo I).

O guião foca três grandes grupos:

1. questões que pretendem caracterizar os participantes;
2. questões sobre o impacto e a importância do diagnóstico;
3. questões sobre a satisfação das famílias, relativamente à Unidade.

As questões referem-se a:

1. quem detectou o problema na criança;
2. à idade da criança na altura do diagnóstico;
3. quem deu o diagnóstico;
4. à preparação para receber o diagnóstico;
5. à companhia quando recebeu o diagnóstico;
6. à clareza com que o diagnóstico foi dado;
7. à forma como todas as questões acerca do diagnóstico ficaram esclarecidas;
8. à forma como se sentiu quando recebeu o diagnóstico;
9. à importância do diagnóstico;
10. ao impacto do diagnóstico na vida familiar da criança;
11. ao impacto do diagnóstico na vida escolar da criança;
12. ao impacto do diagnóstico na vida comunitária da criança;
13. ao acompanhamento dado por este serviço, e;
14. o tempo de espera, no local.

Para este estudo apenas se consideraram os pontos 3, 4, 6, 7, 13, 14, por serem os mais relevantes para a caracterização da Unidade.

PROCEDIMENTO

Em colaboração com a Unidade de Desenvolvimento, do Serviço de Pediatria, do Hospital de Santa Maria, foi realizada uma investigação acerca do impacto do diagnóstico de uma perturbação do desenvolvimento na criança e sua família e da satisfação parental relativamente a esta Unidade.

Ao longo de 10 meses, de Maio de 2005 a Março de 2006, entrou-se em contacto com as famílias que se deslocavam à consulta e que respeitavam três condições: o acompanhante da criança era o acompanhante habitual, a criança tinha um mínimo de três consultas nesta Unidade e já tinha um diagnóstico feito. Era pedida a sua colaboração e eram informadas do objectivo do trabalho e do procedimento para a recolha de dados. A sua decisão, de participar ou não, foi inteiramente respeitada. Foi garantido aos participantes o anonimato das suas respostas.

Responderam afirmativamente ao pedido de colaboração 100 famílias.

Os dados recolhidos foram registados electronicamente e analisados através de tratamento estatístico, com recurso ao software SPSS, que englobou análise descritiva, o teste Coeficiente de Contingência, para averiguar possíveis correlações e Análises de Correspondências para estudar quais as respostas correlacionadas. Recorreu-se a técnicas não-paramétricas (utilizando um grau de confiança de 95%), uma vez que as variáveis desta investigação são medidas por meio de escalas nominais.

2. ANÁLISE DOCUMENTAL

PARTICIPANTES

Processos das crianças que se analisaram no estudo da avaliação da satisfação parental, cuja caracterização foi feita anteriormente.

INSTRUMENTOS

O instrumento utilizado para avaliar os processos foi: a “Grelha de Análise Documental” (Mendes, 2005) (Anexo V).

Este instrumento é composto por 4 partes e um espaço final para comentários globais.

A primeira parte consiste na identificação da criança, através do preenchimento dos dados pedidos. Todas as outras partes consistem em assinalar ou não a existência no processo dos dados em questão. A segunda parte diz respeito à documentação que consta no processo. A terceira parte é sobre os procedimentos de avaliação e a quarta sobre os procedimentos de intervenção.

Todas as partes, excepto a da identificação da criança, têm uma zona para observações gerais e zonas específicas por ponto para descrições e/ou comentários.

PROCEDIMENTO

Após a conclusão da investigação acerca do impacto do diagnóstico e satisfação parental, contactou-se a Unidade de Desenvolvimento, do Serviço de Pediatria, do Hospital de Santa Maria, com o objectivo de dar continuidade a esta investigação e caracterizar a Unidade, explicando a finalidade do estudo e os moldes em que iria decorrer. Foi pedida a colaboração para este estudo, solicitando-se a disponibilidade dos processos das crianças cuja família participou na investigação anteriormente referida.

Após concedida a autorização, foi efectuada a recolha dos dados, durante os meses de Novembro e Dezembro de 2006. Os dados recolhidos foram registados electronicamente e analisados através de tratamento estatístico com recurso ao software SPSS.

A análise dos resultados e as conclusões serão facultadas à Unidade de Desenvolvimento, do Serviço de Pediatria, do Hospital de Santa Maria.

3. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS OBJECTIVOS DELINEADOS

PARTICIPANTES

Todos os PEI's existentes nos processos analisados no estudo da análise documental.

INSTRUMENTOS

Da totalidade dos processos analisados, apenas 12 continham o PEI (Plano Educativo Individualizado). Uma vez que os PEI's 1, 5, 10 e 12 não tinham objectivos delineados, procedeu-se à análise da qualidade dos objectivos delineados nos restantes, para o que se utilizou o “GORI – R (Revised IEP/IFSP Goals and Objectives Rating Instrument” (Notary-Syverson,1995) (Anexo VI).

O GORI avalia a qualidade dos objectivos delineados através de 11 indicadores, dos quais:

Os indicadores 1 e 2 avaliam a Funcionalidade

Os indicadores 3, 4 e 5 avaliam a Generalidade

Os indicadores 6 e 7 avaliam o Contexto de Ensino

Os indicadores 1 e 28, 9 e 10 avaliam a Mensurabilidade

O indicador 11 avalia a Relação Hierárquica

Para cada objectivo delineado é dada uma pontuação por indicador. Esta pontuação varia entre 0 – não corresponde ao objectivo ou 1 – corresponde ao objectivo.

Procedeu-se a um acordo inter-observadores, aconselhado neste tipo de investigação, e que segundo o ISPA (2007) deverá atingir uma percentagem de acordo mínima de 80%.

PROCEDIMENTO

Da totalidade dos processos analisados, apenas 12 continham o PEI (Plano Educativo Individualizado). Foi realizado no âmbito da análise de processos.

Para se obter resultados mais fiáveis e objectivos, procedeu-se a uma segunda avaliação por um investigador externo, de forma a ter um acordo inter-observadores.

4. AVALIAÇÃO DOS TÉCNICOS

PARTICIPANTES

Todos os técnicos pertencentes à Unidade de Desenvolvimento, do Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria, constituída por: 2 Pediatras do desenvolvimento; 2 Terapeutas da Fala; 1 Educadora de Infância; 1 Psicóloga Clínica, e; 1 Psicóloga Educacional

INSTRUMENTOS

Para a avaliação dos técnicos foi utilizado o “Guia de Padrões de Qualidade em Intervenção Precoce” (ISPA) (Anexo VIII).

Este instrumento consiste num formulário de auto-avaliação a preencher pelos técnicos do Serviço de Intervenção Precoce.

O Formulário identifica cinco níveis de actuação: 1 – Comunidade, 2 – Família, 3 – Criança, 4 – Serviço, 5 – Programa de Intervenção Precoce.

Cada nível tem os seus respectivos padrões, indicadores e descritores, que servem como referência para a avaliação dos diferentes serviços e equipas.

No exercício de autoavaliação deve classificar-se cada indicador num leque de cinco alternativas que medem o grau de desenvolvimento da actividade a que se refere:

Ponto 1 (Não realizado) – A actividade não se realiza actualmente;

Ponto 2 (Não planificado e realizado esporadicamente) – A actividade realiza-se como rotina não programada ou de forma esporádica;

Ponto 3 (Parcialmente planificado e realizado) – Uma parte da actividade é programada por iniciativa da equipa ou outros recursos;

Ponto 4 (Planificado e realizado sistematicamente) – As actividades são programadas por iniciativa da equipa ou outros recursos

Ponto 5 (Planificado, realizado sistematicamente e avaliado) – O funcionamento e resultados são avaliados com a participação da equipa. Propõem-se medidas de manutenção, correcção ou melhoria e estabelece-se um procedimento de implementação.

PROCEDIMENTO

Foi pedida a colaboração para este estudo, solicitando-se a disponibilidade dos técnicos da equipa.

Após concedida a autorização, foi efectuada a recolha dos dados, durante o mês de Fevereiro. Os dados recolhidos foram registados electronicamente e analisados através de tratamento estatístico com recurso ao software SPSS.

A análise dos resultados e as conclusões serão facultadas à Unidade de Desenvolvimento, do Serviço de Pediatria, do Hospital de Santa Maria.

RESULTADOS

Apresentam-se os resultados obtidos, de acordo com os instrumentos aplicados. Começa-se pela Avaliação da Satisfação Parental, de seguida, a Análise Documental, a Avaliação da Qualidade dos Objectivos Delineados, e por fim, a Avaliação dos Técnicos

1. AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PARENTAL

Quanto ao impacto e importância do diagnóstico para a criança e sua família, analisou-se a 2ª parte do instrumento:

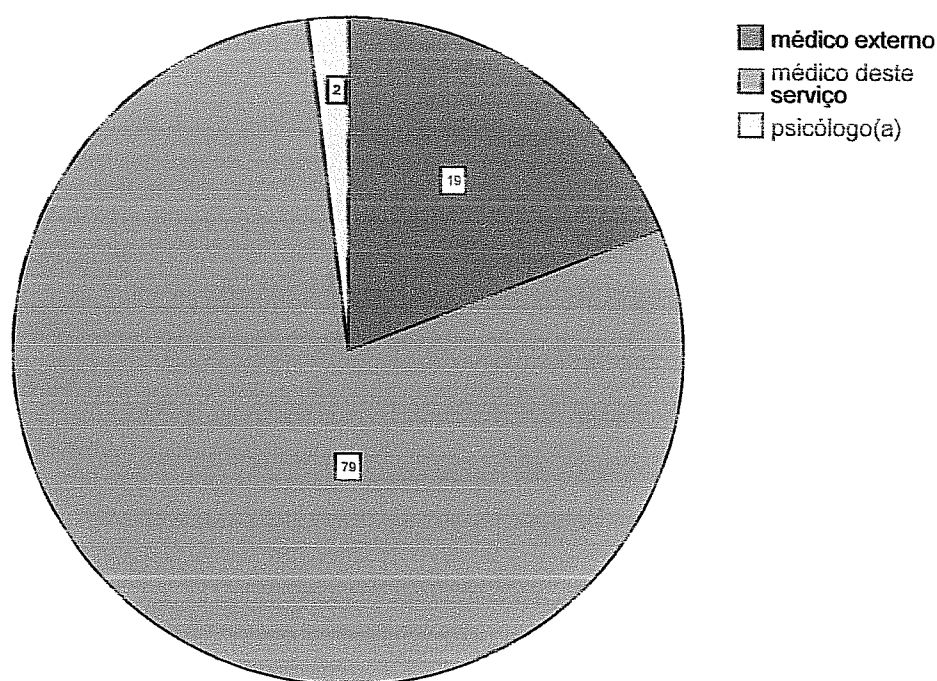


Gráfico 1 – Quem Deu o Diagnóstico

Relativamente ao técnico que comunicou o diagnóstico, em 79% dos casos foi um médico deste serviço, em 19% dos casos foi um médico externo e em 2% dos casos não foi um médico, mas sim um(a) psicólogo(a) (ver Anexo II - Tabela 5).

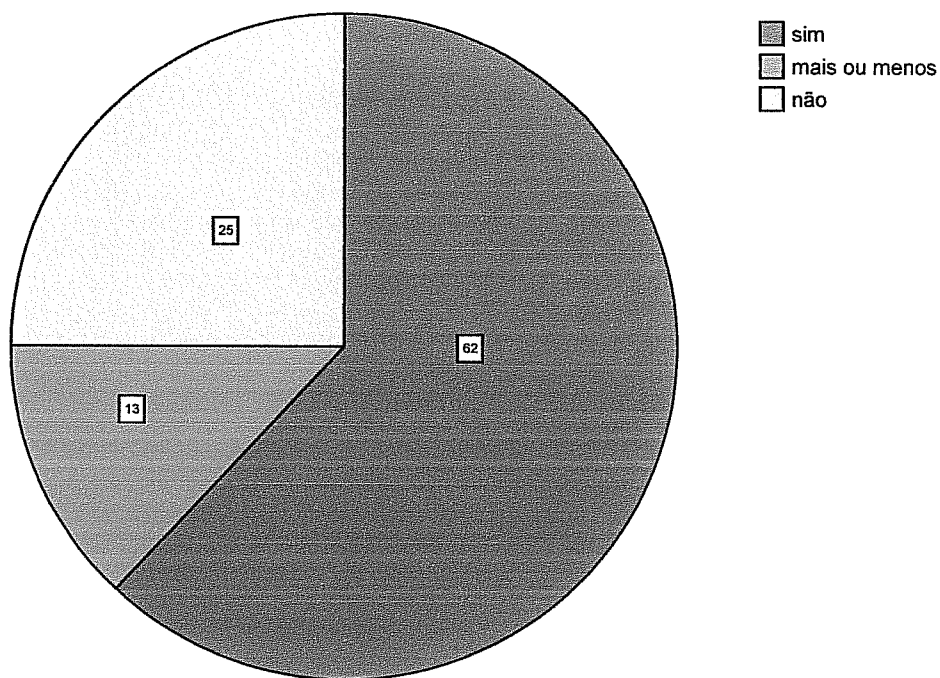


Gráfico 2 – Preparação Para o Diagnóstico

Quanto à preparação para o diagnóstico, 62% dos inquiridos consideram que foram bem preparados, 25% considera que não foi bem preparado e 13% respondeu que foi mais ou menos preparado (ver Anexo II - Tabela 6).

Há que ter em atenção que as famílias que receberam o diagnóstico durante a fase pré-natal ou na maternidade não foram preparadas para o diagnóstico e numa altura tão marcada pela ansiedade como a gravidez ou a fase pós-parto é extremamente difícil lidar com uma notícia negativa relativa ao bebé.

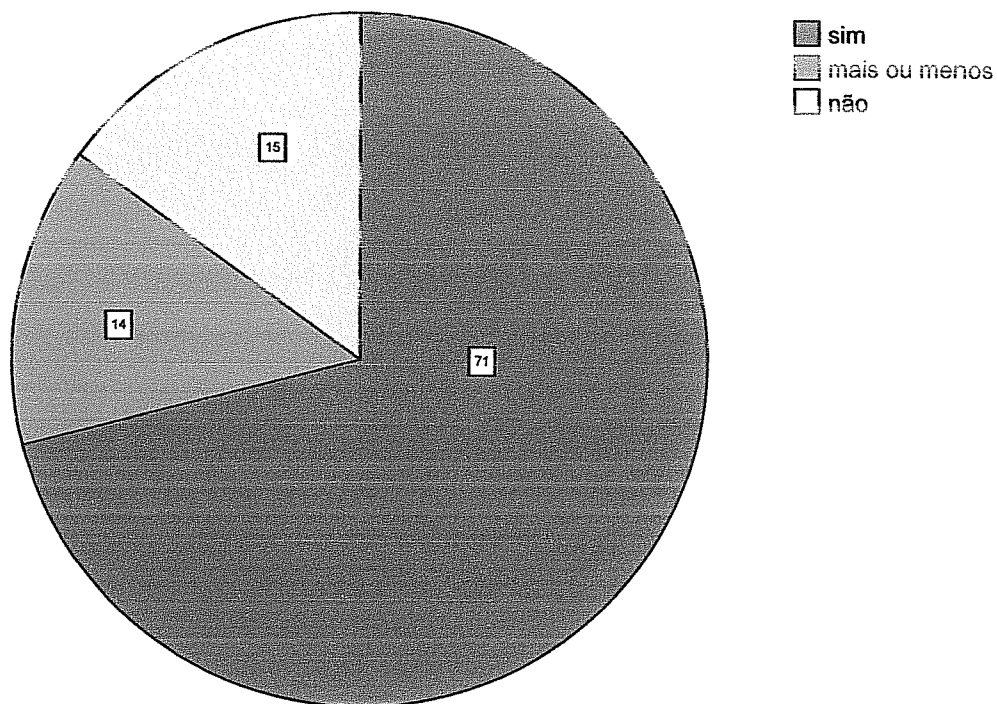


Gráfico 3 – Clareza Com Que o Diagnóstico Foi Dado

Quanto à clareza com que o diagnóstico foi dado, 71% considera que foram claros a dar o diagnóstico, 15 % que não foram claros a dar o diagnóstico e os restantes 14% consideram que foram mais ou menos claros a dar o diagnóstico (ver Anexo II - Tabela 7).

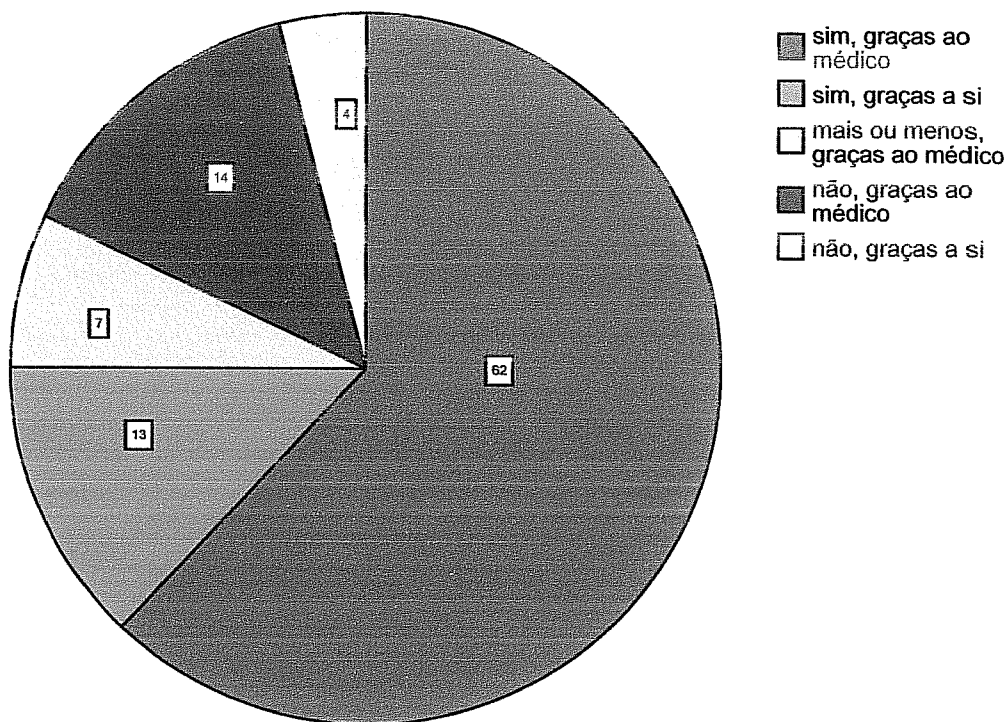


Gráfico 4 – Questões Acerca do Diagnóstico Esclarecidas

Quanto ao esclarecimento de questões relacionadas com o diagnóstico, 62% considera que ficou esclarecido quanto ao diagnóstico graças ao médico, 14 % considera que não ficou esclarecido graças ao médico, 13% ficou esclarecido graças a si mesmo, 7% considera que ficou mais ou menos esclarecido graças ao médico e 4% considera que não ficou esclarecido quanto ao diagnóstico graças a si mesmo (ver Anexo II - Tabela 8).

Alguns inquiridos referem que na altura de recepção do diagnóstico a ansiedade e nervosismo é tão grande que, muitas vezes, não existe disponibilidade para ouvir e falar tranquilamente, de forma a compreender a perturbação e as suas implicações.

Para avaliar a satisfação das famílias, relativamente à Unidade analisámos a 3ª parte da entrevista:

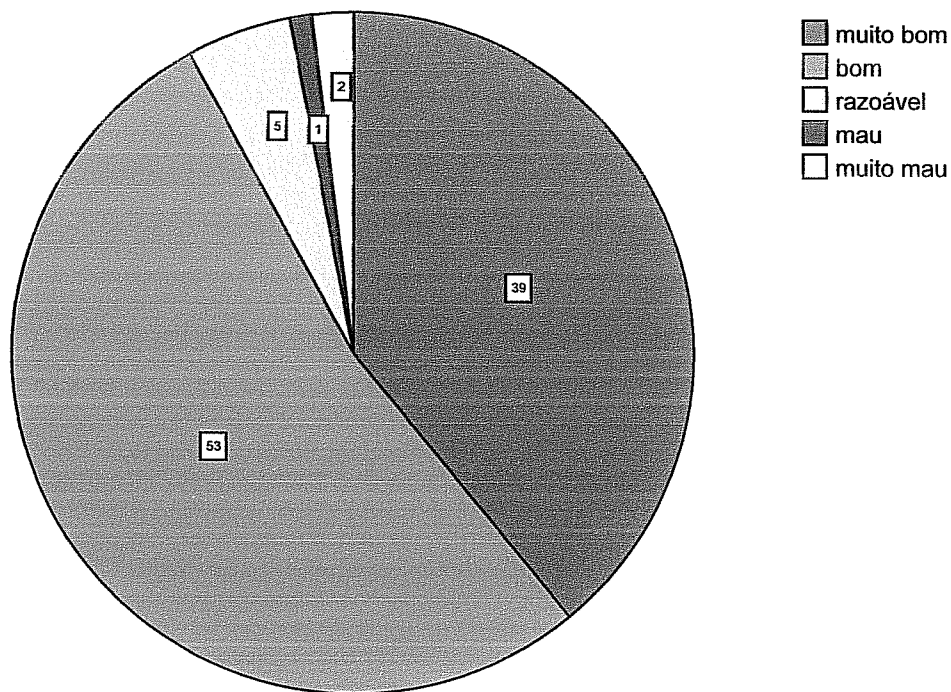


Gráfico 5 – Acompanhamento Dado Pelo Serviço

Quanto ao acompanhamento dado pelo serviço, 39% considera que é muito bom, 53% considera que é bom, 5% que é razoável, 1% que é mau e 2% que é muito mau (ver Anexo II - Tabela 9).

As atitudes mais positivas face ao serviço prendem-se com a boa evolução das crianças ao longo do acompanhamento e com a disponibilidade, da parte dos médicos, para passarem receitas sem marcação de consulta

Os inquiridos que classificaram negativamente o acompanhamento referem o facto de já terem passado por dois ou três médicos durante o acompanhamento, o grande espaçamento entre consultas e a pouca ligação entre as diferentes terapias e o serviço.

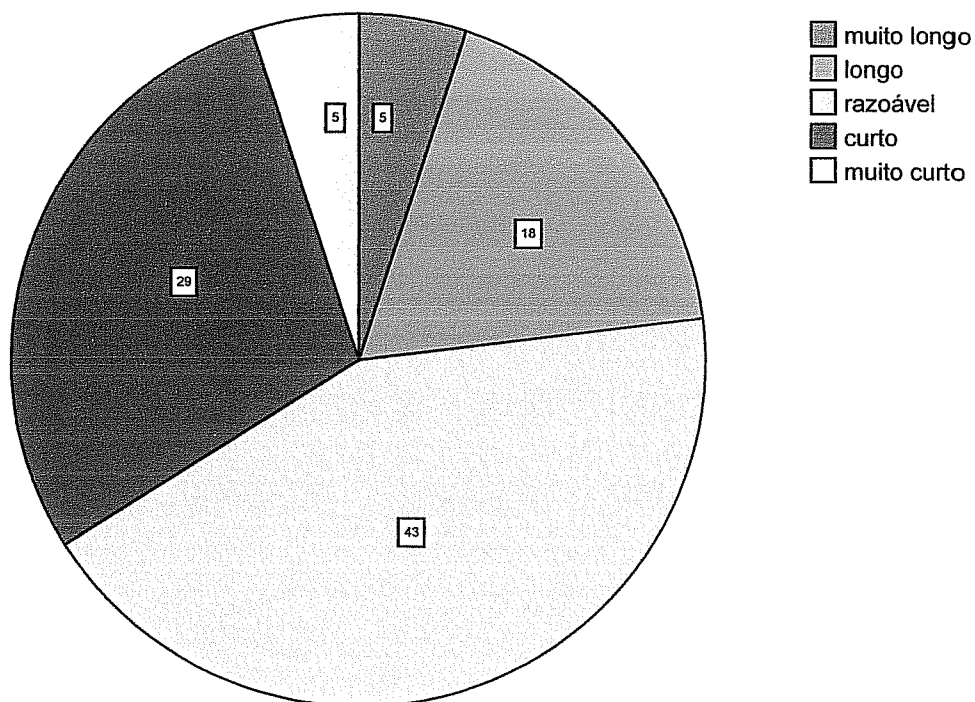


Gráfico 6 – Tempo de Espera

Quanto ao tempo de espera, no local, para uma consulta, 5% considera que é muito curto, 29% que é curto, 43% que é razoável, 18% que é longo e 5% que é muito longo (ver Anexo II - Tabela 10).

Os inquiridos que consideraram demasiado longo o tempo de espera, relacionaram o facto com o tipo de perturbação da criança, por exemplo PHDA, que torna difícil manter a criança ocupada durante longos períodos. Mesmo para outras crianças, o espaço e as ocupações disponíveis nem sempre são suficientes.

Uma das sugestões apontadas foi a colocação de altifalantes para a zona exterior, nomeadamente no parque infantil, para que as crianças aí possam permanecer com o acompanhante, sem correr o risco de perder a chamada para a consulta.

Foi ainda realizada uma outra análise, através do SPSS, onde foi calculado o coeficiente de correlação entre duas variáveis, medidas por meio de escalas nominais, utilizando o teste *Coefficiente de Contingência*, com um intervalo de confiança de 95%, para averiguar quais as questões que tinham correlações estatisticamente significativas entre si (Anexo III).

Pretendia-se averiguar se os seguintes pontos se correlacionavam:

Quem Deu o Diagnóstico – Preparação Para o Diagnóstico onde se obteve um valor de $p=0,00$

Quem Deu o Diagnóstico – Clareza ao Dar o Diagnóstico onde se obteve um valor de $p=0,00$

Quem Deu o Diagnóstico – Questões Acerca do Diagnósticos Esclarecidas onde se obteve um valor de $p=0,01$

Encontraram-se correlações estatisticamente significativas, $p \leq 0,05$ (utilizando o teste *Coefficiente de Contingência*, com um intervalo de confiança de 95%), entre os seguintes pontos:

Quem Deu o Diagnóstico – Preparação Para o Diagnóstico

Quem Deu o Diagnóstico – Clareza ao Dar o Diagnóstico

Quem Deu o Diagnóstico – Questões Acerca do Diagnósticos Esclarecidas

Para estes pontos foram feitas *Análises de Correspondências* para se poder analisar quais as respostas correlacionadas. Através desta análise multivariada chegou-se aos seguintes resultados (Anexo IV):

Quem Deu o Diagnóstico – Preparação Para o Diagnóstico

Encontra-se correlação entre o ter sido um *Médico deste Serviço* a dar o diagnóstico e o inquirido sentir que *Foi Bem Preparado Para Receber o Diagnóstico* e o ter sido um *Médico Externo* a dar o diagnóstico e o inquirido sentir que *Não Foi Bem Preparado Para Receber o Diagnóstico*.

Quem Deu o Diagnóstico – Clareza ao Dar o Diagnóstico

Encontra-se correlação entre o ter sido um **Médico deste Serviço** a dar o diagnóstico e o inquirido sentir que *Foram Claros a Dar-lhe o Diagnóstico* e o ter sido um *Médico Externo* a dar o diagnóstico e o inquirido sentir que *Não Foram Claros a Dar-lhe o Diagnóstico*.

Quem Deu o Diagnóstico – Questões Acerca do Diagnósticos Esclarecidas

Encontra-se correlação entre o ter sido um *Médico deste Serviço* a dar o diagnóstico e o inquirido sentir que as questões relativas ao diagnóstico *Ficaram Esclarecidas, Graças ao Médico* e que as questões relativas o diagnósticos *Ficaram Esclarecidas, Graças ao Si Mesmo*.

ANÁLISE DOCUMENTAL

Análise Documental

Foi realizada uma análise descritiva dos dados obtidos (Anexo VII).

Relativamente à documentação no processo, foi possível observar:

Na grande maioria dos processos encontram-se fichas de anamnese (92,8%), avaliações psicológicas (92,8%), relatórios de outros serviços (89,9%) e exames médicos (78,3%).

Estão presentes, em apenas alguns dos processos, registos de observação em contexto (46,4%), sínteses avaliativas dos processos (49,3%), registos de reuniões com outros serviços (30,4%) e programas educativos individuais (17,4%)

A maioria dos processos não contém fichas de sinalização (60%), nem inventários de necessidades da família (81,2%).

Nenhum, ou praticamente nenhum, processo apresenta plano individualizado de apoio à família (0%), registos de reuniões de discussão de caso (0%), registos de reuniões com a família (0%), registos de sessões de intervenção (4,3%) e registos de sessões de supervisão (1,4%).

Relativamente ao procedimento de avaliação, foi possível observar:

Quanto aos intervenientes na avaliação inicial, podemos sempre encontrar a família (98,6%), excepto num caso em que foi a instituição de acolhimento a estar presente, uma vez que a criança estava à guarda desta. Está quase sempre envolvido um psicólogo (82,6%), um pediatra (98,6%) e pode-se ainda contar, algumas vezes, com a participação de um terapeuta da fala (39,1%), do educador do regular (18,8%), do educador de apoio (11,6%) e de uma técnica de reabilitação (1,4%). Não constava em

nenhum dos processos a participação de um técnico de serviço social (0%), fisioterapeuta (0%) ou um terapeuta ocupacional (0%), nesta fase de avaliação inicial.

A avaliação realizou-se sempre no hospital (100%) e houve algumas avaliações excepcionais realizadas na creche/jardim-de-infância (4,3%).

Nos instrumentos utilizados para avaliar a criança, encontra-se uma grande percentagem de: escalas de desenvolvimento (91,3%), tais como o Denver-II, a Griffiths, a Wisc, o Amiel-Tison, e o PEP-R; checklists (50,7%), tais como o inventário de comportamentos estereotipados, o conners e a escala de asperguer, e; outros instrumentos (62,3%), tais como testes de articulação verbal, GOL-E, provas fonológicas, RDLS, CARS, entre outros. Não se encontrou nenhum roteiro para entrevista aos pais (0%) e apenas uma grelha para observação em contexto (1,4%).

O único instrumento utilizado para caracterização da família foi o inventário de necessidades (20,3%).

Quanto às informações recolhidas na família, foram recolhidas, em praticamente todos os processos, as características do agregado (94,2%), as preocupações da família (91,3%), e dados sobre o desenvolvimento da criança (97,4%). Apenas as prioridades da família mereceram pouca atenção (1,4%).

Os processos contêm, ainda, informações recolhidas de diferentes serviços, tais como: serviços educativos (81,2%), serviços de saúde (81,2%) e serviços sociais (7,2%).

Os intervenientes envolvidos na reavaliação são a família (98,6%), excepto num caso em que foi a instituição de acolhimento a estar presente, uma vez que a criança estava à guarda desta. Está quase sempre envolvido um psicólogo (95,7%), um pediatra (98,6%) e pode-se ainda contar, algumas vezes, com a participação de um terapeuta da fala (62,3%), do educador do regular (75,4%), do educador de apoio (65,2%), de um terapeuta ocupacional (7,2%), de um fisioterapeuta (5,8%) e outros (4,3%), tais como, amas ou técnicos de reabilitação. Não constava em nenhum dos processos a participação de um técnico de serviço social, nesta fase.

As informações recolhidas e registadas durante a avaliação foram: os objectivos do programa (39,1%), as estratégias de intervenção (97,1%), as competências da criança (100%), as dificuldades da criança (100%), as competências da família (1,4%) e as dificuldades da família (5,8%).

São efectuados registos formais (98,6%) e informais (100%) e, por vezes, sínteses avaliativas (49,3%).

Existe passagem de informação com a família (98,6%), excepto num caso em que foi com a instituição de acolhimento, uma vez que a criança estava à guarda desta, com outros profissionais da equipa (97,1%), os serviços educativos (91,3%), os serviços de saúde (17,4%) e os serviços sociais (4,3%).

Finalmente, quanto à periodicidade da reavaliação: é, maioritariamente, anual (56,5%). Pode ainda ser trimestral (13%), semestral (26,1%) ou outros tipos de periodicidade (4,3%), tais como mensal ou de dois em dois anos.

Relativamente ao procedimento de intervenção, foi possível observar:

Os intervenientes envolvidos na planificação da intervenção são a família (97,1%), um psicólogo (88,4%), um pediatra (92,8%) e pode-se ainda contar, algumas vezes, com a participação de um terapeuta da fala (52,2%), do educador do regular (46,4%), do educador de apoio (44,9%), de um terapeuta ocupacional (7,2%), de um fisioterapeuta (1,4%) e outros (2,9%), tais como, instituição de acolhimento ou técnicos de reabilitação. Não constava em nenhum dos processos a participação de um técnico de serviço social, nesta fase.

Os objectivos e estratégias na área Educativa dividem-se em autonomia (60,9%), comunicação e linguagem (88,4%), socialização (63,8%), motricidade (40,6%), cognição (58%) e outros (1,4%), como a atenção.

Os objectivos para outras áreas de intervenção dividem-se em apoios terapêuticos (78,3%), serviços de saúde (20,3%) e serviços sociais (2,9%). Não se registaram objectivos para autarquias.

Os intervenientes envolvidos no programa são a família (98,6%), um psicólogo (92,8%), um pediatra (92,8%) e pode-se ainda contar, algumas vezes, com a participação de um terapeuta da fala (71%), do educador do regular (82,6%), do educador de apoio (81,2%), de um terapeuta ocupacional (14,5%), de um fisioterapeuta (10,1%), um técnico de serviço social (1,4%) e outros (7,2%), tais como, ama, hipoterapeuta ou técnico de reabilitação.

Quanto à periodicidade da intervenção: é, maioritariamente, bi-semanal (42%). Pode ainda ser semanal (26,1%), tri-semanal (8,7%) ou outros tipos de periodicidade (24,6%), tais como diário ou quinzenal, entre outros.

Por fim, a intervenção realiza-se, maioritariamente, na creche/jardim-de-infância (78,3%). Pode ainda ser realizada no domicílio (11,6%), na sede do serviço de intervenção precoce – HSM (13%), ou noutros locais (30,3%), tais como piscina, ama ou gabinetes privados.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS OBJECTIVOS DELINEADOS

Como referido anteriormente, dos 12 PEI's, os PEI's 1, 5, 10 e 12 não tinham objectivos delineados, pelo que se procedeu à análise da qualidade dos objectivos delineados nos restantes, utilizando o “GORI – R (Revised IEP/IFSP Goals and Objectives Rating Instrument)” (Notary-Syverson, 1995) (Anexo VI).

Plano Educativo Individualizado 2

Foi realizada uma caracterização da criança com base na informação existente no seu processo.

Caracterização da criança

Nome: David

Idade: 7 anos

Diagnóstico: Síndrome de Asperguer (Perturbação do Espectro do Autismo)

Resumo da Informação Familiar, Escolar e Clínica:

É uma criança que apresenta dificuldades na comunicação e socialização, com falta de afectividade nas interações, os seus momentos de concentração são curtos, tem dificuldade na realização cognitiva, na realização verbal e na articulação das palavras. Têm ainda alguma tendência para a fixação em alguns brinquedos.

É acompanhado pela Equipa de Intervenção Precoce de Vendas Novas e por uma psicóloga.

Quanto à qualidade dos objectivos delineados:

Dimensão de Qualidade	Indicador	% Objectivos com Qualidade
Funcionalidade	1	34,78
	2	4,35
Generalidade	3	0
	4	95,65
	5	95,65
Contexto de Ensino	6	91,30
	7	86,96
Mensurabilidade	8	100
	9	91,30
	10	26,09
Relação hierárquica	11	0
Percentagem média de qualidade		56,92

Tabela 1 - Percentagens de qualidade de cada indicador para o PEI 2

A qualidade deste PEI é média (56,92%), tendo nos indicadores 3 e 11 os seus valores mais fracos (0%) e no indicador 8 o seu valor mais forte (100%).

Foi ainda realizado um cruzamento nos dados relativos ao questionário à família e a análise dos processos, do qual se salienta que na avaliação inicial da criança esteve envolvida a família, a educadora do regular, a educadora de apoio, a pediatra e a psicóloga. Já na planificação da intervenção além destes envolveu-se também a terapeuta da fala e a terapeuta ocupacional, estando todas elas a intervir com a criança. A periodicidade da intervenção é diária. Apesar disso, a família considera que não houve clareza na transmissão do diagnóstico e classifica o acompanhamento dado pela unidade como muito mau.

Plano Educativo Individualizado 3

Foi realizada uma caracterização da criança com base na informação existente no seu processo.

Caracterização da criança

Nome: Mariana

Idade: 7 anos e 3 meses

Diagnóstico: Défice Cognitivo

Resumo da Informação Familiar, Escolar e Clínica:

É uma criança simpática, bem disposta e muito sociável.

Tem macrocefalia (cromossomopatia). Foi acompanhada por fisioterapia e terapia ocupacional até 2003, sendo agora acompanhada pelas consultas de Desenvolvimento e de Neurologia do Hospital de Santa Maria.

Esteve numa ama e iniciou apoio domiciliário em 2003 , com a participação da mãe. Começou no mesmo ano a frequentar a creche e o apoio passou a ser prestado na mesma. Tem feito boas evoluções a nível da autonomia.

Quanto à qualidade dos objectivos delineados:

Dimensão de Qualidade	Indicador	% Objectivos com Qualidade
Funcionalidade	1	91,43
	2	40
Generalidade	3	0
	4	100
	5	97,14
Contexto de Ensino	6	94,29
	7	94,29
Mensurabilidade	8	97,14
	9	77,14
	10	20
Relação hierárquica	11	2,86
Percentagem média de qualidade		64,94

Tabela 2 - Percentagens de qualidade de cada indicador para o PEI 3

A qualidade deste PEI é média (64,94%), tendo no indicador 3 o seu valor mais fraco (0%) e no indicador 4 o seu valor mais forte (100%).

Foi ainda realizado um cruzamento nos dados relativos ao questionário à família e a análise dos processos, do qual se salienta que na avaliação inicial da criança esteve envolvida a família, a pediatra e a terapeuta da fala. Já na planificação da intervenção envolveu-se a família, a educadora do regular, a educadora de apoio e a terapeuta da

fala, estando todas elas a intervir com a criança, e ainda a psicóloga, a pediatra e uma terapeuta ocupacional. A periodicidade da intervenção é bissemanal. Apesar disso, a família considera que não houve clareza na transmissão do diagnóstico e classifica o acompanhamento dado pela unidade como muito mau.

Plano Educativo Individualizado 4

Foi realizada uma caracterização da criança com base na informação existente no seu processo.

Caracterização da criança

Nome: Daniel S.

Idade: 7 anos

Diagnóstico: Perturbação do Espectro do Autismo

Resumo da Informação Familiar, Escolar e Clínica:

A criança vive com a mãe num quarto alugado, uma vez que os pais estão separados. Divide a cama com a mãe e não há espaço lúdico no quarto. A mãe está a tirar um curso de costura no Centro de Formação Profissional durante o dia e trabalha em limpezas durante a noite.

A criança esteve com uma ama e mais 4 crianças até entrar no 1º ciclo.

A sua relação com o adulto é distante, mas aceita a afectividade deles. É completamente dependente destes na área da autonomia.

Parece muitas vezes ausente e o seu olhar é vago e fugidio. Não usa a linguagem oral, mas imita sons e apresenta uma grande resistência à mudança.

É seguido nas consultas de Desenvolvimento e de Neurologia do Hospital de Santa Maria.

Quanto à qualidade dos objectivos delineados:

Dimensão de Qualidade	Indicador	% Objectivos com Qualidade
Funcionalidade	1	6,67
	2	13,33
Generalidade	3	20
	4	26,67
	5	33,33
Contexto de Ensino	6	40
	7	46,67
Mensurabilidade	8	53,33
	9	60
	10	66,67
Relação hierárquica	11	73,33
Percentagem média de qualidade		40

Tabela 3 - Percentagens de qualidade de cada indicador para o PEI 4

A qualidade deste PEI é média (40%), tendo no indicador 1 o seu valor mais fraco (6,67%) e no indicador 11 o seu valor mais forte (73,33%).

Foi ainda realizado um cruzamento nos dados relativos ao questionário à família e a análise dos processos, do qual se salienta que na avaliação inicial da criança esteve envolvida a família, a pediatra e a psicóloga. Já na planificação da intervenção além destes envolveu-se também a , a educadora do regular, a educadora de apoio e a terapeuta da fala, estando todas elas a intervir com a criança, excepto a psicóloga. A periodicidade da intervenção é bissemanal. A família considera que não houve clareza na transmissão do diagnóstico e classifica o acompanhamento dado pela unidade como muito bom.

Plano Educativo Individualizado 6

Foi realizada uma caracterização da criança com base na informação existente no seu processo.

Caracterização da criança

Nome: Ricardo

Idade: 6 anos e 9 meses

Diagnóstico: Défice Cognitivo

Resumo da Informação Familiar, Escolar e Clínica:

Frequenta o Jardim-de-infância.

Sem mais informação disponível.

Quanto à qualidade dos objectivos delineados:

Dimensão de Qualidade	Indicador	% Objectivos com Qualidade
Funcionalidade	1	78,95
	2	10,53
Generalidade	3	0
	4	100
	5	97,37
Contexto de Ensino	6	78,95
	7	81,58
Mensurabilidade	8	92,11
	9	57,9
	10	31,58
Relação hierárquica	11	0
Percentagem média de qualidade		57,18

Tabela 4 - Percentagens de qualidade de cada indicador para o PEI 6

A qualidade deste PEI é média (57,18%), tendo nos indicadores 3 e 11 os seus valores mais fracos (0%) e no indicador 4 o seu valor mais forte (100%).

Foi ainda realizado um cruzamento nos dados relativos ao questionário à família e a análise dos processos, do qual se salienta que na avaliação inicial da criança esteve envolvida a família e a pediatra. Já na planificação da intervenção além destes envolveu-se também a educadora do regular, a educadora de apoio, a psicóloga e a terapeuta da fala, estando todas elas a intervir com a criança, excepto a psicóloga. A periodicidade da intervenção é bissemanal. A família considera que houve relativa

clareza na transmissão do diagnóstico e classifica o acompanhamento dado pela unidade como bom.

Plano Educativo Individualizado 7

Foi realizada uma caracterização da criança com base na informação existente no seu processo.

Caracterização da criança

Nome: Carlos

Idade: 6 anos e 10 meses

Diagnóstico: Déficit Cognitivo

Resumo da Informação Familiar, Escolar e Clínica:

No que respeita à sua história de desenvolvimento a gravidez não foi vigiada e a mãe entrou em trabalho de parto, de gémeos, às 27 semanas em consequência de um esforço físico.

Nasceu com 947 gr e ficou internado 53 dias por muito baixo peso, doença membrana hialina grau II e anemia de prematuridade. Foi, posteriormente internado, durante 3 semanas, por infecção respiratória, necessitando de ventilação mecânica por 3 dias. Fez várias avaliações que revelaram um atraso global de desenvolvimento.

Frequenta o Jardim-de-infância, onde teve dificuldades de integração, agravadas pelos 2 meses de ausência, entre Outubro e Janeiro do seu 1º ano, por decisão dos pais. Tem um bom relacionamento com adultos e crianças, gostando de frequentar o Jardim-de-infância.

É acompanhado nas consultas de Desenvolvimento, Otorrino, Ortopedia e Oftalmologia do Hospital de Santa Maria.

Quanto à qualidade dos objectivos delineados:

Dimensão de Qualidade	Indicador	% Objectivos com Qualidade
Funcionalidade	1	92,86
	2	0
Generalidade	3	0
	4	100
	5	78,57
Contexto de Ensino	6	78,57
	7	78,57
Mensurabilidade	8	78,57
	9	14,29
	10	0
Relação hierárquica	11	0
Percentagem média de qualidade		47,4

Tabela 5 - Percentagens de qualidade de cada indicador para o PEI 7

A qualidade deste PEI é média (47,4%), tendo nos indicadores 2, 3, 10 e 11 os seus valores mais fracos (0%) e no indicador 1 o seu valor mais forte (92,86%).

Foi ainda realizado um cruzamento nos dados relativos ao questionário à família e a análise dos processos, do qual se salienta que na avaliação inicial da criança esteve envolvida a família e a pediatra. Já na planificação da intervenção além destes envolveu-se também a educadora do regular, a educadora de apoio, a psicóloga e a terapeuta da fala, estando todas elas a intervir com a criança. A periodicidade da intervenção não é especificada. A família considera que houve clareza na transmissão do diagnóstico e classifica o acompanhamento dado pela unidade como bom.

Plano Educativo Individualizado 8

Foi realizada uma caracterização da criança com base na informação existente no seu processo.

Caracterização da criança

Nome: Daniel M.

Idade: 6 anos e 8 meses

Diagnóstico: Perturbação da Linguagem

Resumo da Informação Familiar, Escolar e Clínica:

Vive com os pais e com um irmão de 16 anos

Frequenta o Jardim-de-infância desde os 4 anos, com uma boa integração, tendo estado com uma ama até essa altura.

Tem alguma dificuldade no relacionamento com os adultos e com os pares, com quem é agressivo.

Quanto à qualidade dos objectivos delineados:

Dimensão de Qualidade	Indicador	% Objectivos com Qualidade
Funcionalidade	1	90
	2	10
Generalidade	3	90
	4	100
	5	100
Contexto de Ensino	6	95
	7	100
Mensurabilidade	8	70
	9	60
	10	15
Relação hierárquica	11	95
Percentagem média de qualidade		75

Tabela 6 - Percentagens de qualidade de cada indicador para o PEI 8

A qualidade deste PEI é boa (75%), tendo no indicador 2 o seu valor mais fraco (10%) e nos indicadores 4, 5 e 7 o seu valor mais forte (100%).

Foi ainda realizado um cruzamento nos dados relativos ao questionário à família e a análise dos processos, do qual se salienta que na avaliação inicial da criança esteve envolvida a família, a psicóloga, a terapeuta da fala e a pediatra. Já na planificação da intervenção além destes envolveu-se também a educadora do regular e a educadora de apoio, estando todas elas a intervir com a criança. A periodicidade da intervenção é

diária. A família considera que houve relativa clareza na transmissão do diagnóstico e classifica o acompanhamento dado pela unidade como bom.

Plano Educativo Individualizado 9

Foi realizada uma caracterização da criança com base na informação existente no seu processo.

Caracterização da criança

Nome: Diogo

Idade:

Diagnóstico: Perturbação do Espectro do Autismo

Resumo da Informação Familiar, Escolar e Clínica:

Frequenta o Jardim-de-infância com metodologia TEACCH.

Sem mais informação disponível.

Quanto à qualidade dos objectivos delineados:

Dimensão de Qualidade	Indicador	% Objectivos com Qualidade
Funcionalidade	1	97,06
	2	29,41
Generalidade	3	97,06
	4	100
	5	97,06
Contexto de Ensino	6	100
	7	100
Mensurabilidade	8	94,12
	9	82,35
	10	55,88
Relação hierárquica	11	100
Percentagem média de qualidade		86,63

Tabela 7 - Percentagens de qualidade de cada indicador para o PEI 9

A qualidade deste PEI é muito boa (86,63%), tendo no indicador 2 o seu valor mais fraco (29,41%) e nos indicadores 4, 6, 7 e 11 o seu valor mais forte (100%).

Foi ainda realizado um cruzamento nos dados relativos ao questionário à família e a análise dos processos, do qual se salienta que na avaliação inicial da criança esteve envolvida a família, a educadora do regular, a educadora de apoio, a psicóloga e a pediatra. Na planificação da intervenção estiveram envolvidas as mesmas pessoas, estando todas elas a intervir com a criança. A periodicidade da intervenção é trissemanal. A família considera que não houve clareza na transmissão do diagnóstico e classifica o acompanhamento dado pela unidade como bom.

Plano Educativo Individualizado 11

Foi realizada uma caracterização da criança com base na informação existente no seu processo.

Caracterização da criança

Nome: Duarte

Idade: 4 anos e 8 meses

Diagnóstico: Perturbação do Espectro do Autismo

Resumo da Informação Familiar, Escolar e Clínica:

É uma criança simpática e participativa. Tem realizado boas evoluções, sendo a área da linguagem a mais comprometida.

É acompanhado por uma terapeuta ocupacional e beneficia de apoio educativo.

Sem mais informação disponível.

Quanto à qualidade dos objectivos delineados:

Dimensão de Qualidade	Indicador	% Objectivos com Qualidade
Funcionalidade	1	71,74
	2	17,39
Generalidade	3	30,44
	4	100
	5	100
Contexto de Ensino	6	100
	7	100
Mensurabilidade	8	91,30
	9	76,09
	10	45,65
Relação hierárquica	11	50
Percentagem média de qualidade		71,15

Tabela 8 - Percentagens de qualidade de cada indicador para o PEI 11

A qualidade deste PEI é boa (71,15%), tendo no indicador 2 o seu valor mais fraco (17,39%) e nos indicadores 4, 5, 6 e 7 o seu valor mais forte (100%).

Foi ainda realizado um cruzamento nos dados relativos ao questionário à família e a análise dos processos, do qual se salienta que na avaliação inicial da criança esteve envolvida a família, a psicóloga e a pediatra. Já na planificação da intervenção além destes envolveu-se também a educadora do regular, a educadora de apoio e a terapeuta ocupacional, estando todas elas a intervir com a criança e ainda um fisioterapeuta. A periodicidade da intervenção é bissemanal. A família considera que não houve clareza na transmissão do diagnóstico e classifica o acompanhamento dado pela unidade como bom.

Acordo Inter-Observadores

Para se obter resultados mais fiáveis e objectivos, procedeu-se a uma segunda avaliação por um investigador externo, de forma a ter um acordo inter-observadores.

Obteve-se uma elevada percentagem de acordo entre observadores para cada um dos indicadores, variando entre 89,33% e 99,56%. Chega-se a um valor médio de acordo de 94,83%.

Dimensão de Qualidade	Indicador	%Acordo
Funcionalidade	1	93,78
	2	92,44
Generalidade	3	98,22
	4	99,56
	5	92,89
Contexto de Ensino	6	94,22
	7	96,44
Mensurabilidade	8	95,11
	9	89,33
	10	92,00
Relação hierárquica	11	99,11
Percentagem média de acordo		94,83

Tabela 9 - Percentagens de acordo entre observadores para cada indicador

Para cada Plano Educativo Individualizado chegou-se também a um elevado valor de acordo entre observadores (94,76%), variando entre 92,51% e 97,04%.

Plano Educativo Individualizado	%Acordo
2	94,86
3	94,03
4	93,33
6	96,41
7	96,75
8	93,18
9	92,51
11	97,04
Média da % de acordo	94,76

Tabela 10 - Percentagens de acordo entre observadores para cada PEI

AVALIAÇÃO DOS TÉCNICOS

Através do questionário de autoavaliação, o “Guia de Padrões de Qualidade em Intervenção Precoce” (ISPA) (Anexo VIII), pediu-se aos técnicos que classificassem cada indicador num leque de cinco alternativas que medem o grau de desenvolvimento da actividade a que se refere:

- Ponto 1 (**Não realizado**) – A actividade não se realiza actualmente.
- Ponto 2 (**Não planificado e realizado esporadicamente**) – A actividade realiza-se como rotina não programada ou de forma esporádica.
- Ponto 3 (**Parcialmente planificado e realizado**) – Uma parte da actividade é programada por iniciativa da equipa ou outros recursos.
- Ponto 4 (**Planificado e realizado sistematicamente**) – As actividades são programadas por iniciativa da equipa ou outros recursos.
- Ponto 5 (**Planificado, realizado sistematicamente e avaliado**) – O funcionamento e resultados são avaliados com a participação da equipa. Propõem-se medidas de manutenção, correcção ou melhoria e estabelece-se um procedimento de implementação.

Considerando o reduzido número de profissionais bem como as suas diferentes áreas de actuação, optamos por fazer a média para cada indicador (Anexo IX), de forma a ter uma representação global da autoavaliação da equipa.

Nível 1 – Comunidade:

Os indicadores não realizados ou não planificados e realizados esporadicamente (pontos 1 e 2) são:

- A listagem é revista e analisada de 5 em 5 anos, de maneira a actualizar os critérios de elegibilidade (a1.1b);
- Todos os recursos da comunidade relacionados com o bem-estar da criança e da família participam neste observatório (a1.2a);
- Existe um registo dos dados relevantes relacionados com circunstâncias sociais, saúde e educacionais de todas as crianças apoiadas pelos serviços de intervenção precoce (a1.2b);
- De 4 em 4 anos elabora-se um plano de acção comunitário para desenvolver a Intervenção Precoce, que é revisto anualmente (a1.2c);
- A Saúde, educação e bem-estar social da infância são monitorizados através de indicadores apropriados (a1.2d);
- Existem procedimentos de triagem para a detecção precoce da hipoacusia (a1.3a);
- Existem procedimentos de triagem para a detecção precoce da baixa visão (a1.3b);
- Existem procedimentos de triagem para a detecção precoce de situações de metabolopatías (a1.3e);
- O serviço/equipa cumpre com os requisitos formalizados no NÍVEL 4 (Serviço) (a1.8b).

Os indicadores parcialmente planificados e realizados são (ponto 3):

- A listagem é um instrumento de orientação. A rede de recursos ou as famílias podem solicitar uma avaliação (a1.1c);

- Existem procedimentos de triagem para a detecção precoce de atraso de linguagem e psicomotor (a1.3c);
- Existem procedimentos de triagem para a detecção precoce de situações de risco psicossocial (a1.3d);
- As actividades de intervenção precoce cumprem o princípio da confidencialidade (a1.7a);
- Existe um registo do acesso dos profissionais aos dados dos processos individuais (a1.7c);
- A família (devidamente informada) dá o seu consentimento para a transmissão de informação entre serviços (a1.7d);
- Existem serviços/equipas em cada concelho (os serviços podem abranger vários concelhos ou serem definidos por referência a freguesias) (a1.8a).

E, por último, os indicadores planificados e realizados sistematicamente e alguns deles, ainda avaliados (pontos 4 e 5) são:

- As famílias com crianças dos 0 aos 6 anos incluídas numa destas situações ou categorias são encaminhadas ou solicitam os Serviços de Intervenção Precoce (a1.1a);
- A informação e as orientações sobre o apoio iniciam-se quando qualquer família tem de enfrentar “más notícias” (a1.4a);
- A informação e as orientações sobre o apoio incluem indicações específicas sobre a forma e o local (a1.4b);
- A informação e as orientações sobre o apoio incluem a recolha das perguntas e preocupações dos pais (a1.4c);
- A informação e as orientações sobre o apoio incluem informação sobre serviços de intervenção precoce (a1.4d);
- Todas as crianças elegíveis são imediatamente referenciadas aos serviços de intervenção precoce (a1.5a);
- O procedimento inclui um formulário que regista: dados de identificação pessoal da criança, dados de quem efectua o pedido, a família (devidamente informada) dá o seu consentimento (a1.6a);

- O formulário inclui os critérios de elegibilidade identificados e que fundamentam o motivo do pedido (a1.6b);
- Os registos são mantidos em processos individuais de acesso restrito (a1.7b);

Nível 2 – Família:

Os indicadores não realizados ou não planificados e realizados esporadicamente (pontos 1 e 2) são:

- As reuniões, hora e local, são flexíveis de modo a facilitar a participação dos pais ou principais prestadores de cuidados (a2.3b).
- As propostas do PIAF são sempre orientadas para a normalização da vida familiar (a2.3g).
- Nesta reunião participam os pais ou principais prestadores de cuidados, o responsável de caso e, pelo menos, outro membro da equipa (a2.4a).
- O PIAF resume os métodos, prazos, e períodos de revisão estabelecidos para cada objectivo (a2.4b).
- O PIAF engloba os procedimentos designados para promover a inclusão social (a2.4c).
- O PIAF resume os procedimentos designados para apoiar experiências de aprendizagem e transições graduais entre contextos (domicílio, creche, jardim-de-infância e escola) (a2.4d).
- O PIAF engloba os procedimentos designados para proporcionar apoio à saúde nos contextos naturais da criança (a2.4e).
- Os pais (devidamente informados) assinam o consentimento relativo às medidas acordadas no PIAF (a2.4f).
- O PIAF é elaborado num prazo de 30 dias após a entrevista de acolhimento (a2.4g).
- O responsável de caso é nomeado provisoriamente para a realização da entrevista de acolhimento. Este assume carácter definitivo quando o PIAF é elaborado (a2.5a).

- O responsável de caso canaliza os pedidos da família e promove o apoio adequado por parte dos recursos comunitários (a2.5b).
- Cada responsável de caso acompanha no máximo 15 famílias simultaneamente (a2.5c).
- O PIAF é elaborado para melhorar as competências da família e as suas práticas educativas. No âmbito deste objectivo, podem implementar-se acções como programas de apoio entre pais (Grupo de Pais) (a2.6a).
- O PIAF é elaborado para melhorar a qualidade dos padrões de interacção entre os pais e a criança. No âmbito deste objectivo, podem implementar-se acções como a participação dos pais em formações ou em sessões de vídeo (a2.6b).
- O PIAF é elaborado para facilitar os encontros entre pais. No âmbito deste objectivo, podem implementar-se acções como a participação em grupos de auto-ajuda (a2.6c).
- O PIAF é elaborado para ajudar as famílias a manter os seus empregos ou projectos de trabalho. No âmbito deste objectivo, podem implementar-se acções como a coordenação com os centros de emprego (a2.6d).
- O PIAF é elaborado para aumentar as oportunidades da família usufruir do tempo livre. No âmbito deste objectivo, podem implementar-se acções como a coordenação com os serviços culturais e serviços de prestação de apoio domiciliário (a2.6e).
- O PIAF é elaborado para facilitar o acesso das famílias aos apoios legalmente previstos (subsídios, ajudas técnicas, condições especiais de trabalho, ...) (a2.6f).
- A acessibilidade, segurança e as condições gerais do contexto escolar são verificadas em coordenação com os recursos educativos (a2.7a).
- Transmite-se aos profissionais da creche ou jardim-de-infância a informação apropriada relativa ao PIAF, seus objectivos e métodos (a2.7b).
- O processo de transição para a escola é planeado em coordenação com os recursos educativos (a2.7c).
- O PIAF é elaborado para dar resposta às necessidades especiais de saúde na rotina da vida diária (a2.8a).
- Quando necessário, o PIAF inclui informação sobre tratamentos especiais (a2.8b).

- Quando necessário, o PIAF inclui informação sobre apoios especiais (a2.8c).
- Quando necessário, o PIAF inclui informação sobre possíveis efeitos secundários e sua prevenção (a2.8d).
- Registam-se as queixas e sugestões das famílias. Estas são avaliadas e incluídas no relatório de actividades anual (a2.9b).
- Existe um regulamento interno em que se incluem os princípios éticos, a missão do serviço e as directrizes de funcionamento (a2.9c).
- Estão previstos mecanismos de mediação para resolver dilemas éticos (a2.9d).

Os indicadores parcialmente planificados e realizados (ponto 3) são:

- As avaliações interdisciplinares identificam principalmente as necessidades da criança, da família e dos contextos. Da avaliação resulta o Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) (a2.2c).
- A avaliação inicia-se com uma entrevista de acolhimento¹ e apresentação do serviço (a2.3a).
- Os pedidos e necessidades sentidas pela família são expressas nas suas próprias palavras (a2.3c).
- São respeitadas as ideias, crenças, opiniões, práticas culturais e reservas de intimidade da família (a2.3d).
- As famílias são considerados os primeiros decisores (as opiniões e propostas de actuação sub- metem-se sempre à consideração e decisão da família) (a2.3e).
- Aceitam-se as decisões da família sempre que não prejudiquem gravemente os interesses da criança (a2.3f).
- Os deveres do responsável de caso incluem informar as famílias dos seus direitos (a2.9a).

E, por último, os indicadores planificados e realizados sistematicamente e alguns deles, ainda avaliados (pontos 4 e 5) são:

¹ Entrevista de Acolhimento: é a reunião entre a equipa e a família em que se recolhem as preocupações sentidas pelos pais ou cuidadores principais.

- O processo de avaliação da criança visa reunir informação sobre: a história pessoal, relações sociais e acontecimentos relevantes (saúde); tipo de vinculação com os principais prestadores de cuidados; os factores de risco e protecção; iniciativa pessoal, atitudes e padrões de interacção social, interesses e dificuldades manifestados em cada contexto ou rotina da vida diária; as formas de comunicação, jogo, conhecimentos e estratégias cognitivas; comportamento adaptativo, funções sensoriais e motoras (a2.1a).
- O processo de avaliação da família visa reunir informação sobre: as necessidades e preocupações expressas pela família, as práticas parentais e educativas, o momento em que se encontra na aceitação e adaptação à nova situação, o agregado familiar, a história familiar (genograma), os factores de risco e protecção, as relações intra e extra familiares (a2.1b).
- O processo de avaliação do meio visa reunir informação sobre : o contexto familiar e circunstâncias envolventes, outras pessoas relevantes, recursos ou agentes sociais envolvidos no bem-estar ou desenvolvimento da criança, redes sociais e institucionais, factores de risco e protecção (a2.1c).
- Os procedimentos da avaliação incluem sessões de equipa para avaliar os registos do caso, as observações da criança e os resultados de instrumentos referenciados a critério (a2.2a).
- Os procedimentos da avaliação incluem sessões de equipa em que participam no mínimo dois profissionais (a2.2b).

Nível 3 – Infância:

Os indicadores não realizados ou não planificados e realizados esporadicamente (pontos 1 e 2) são:

- Quando necessário, o PIAF proporciona sessões de estimulação global, de aquisição de competências funcionais, de terapia ocupacional, de terapia da fala, psicomotricidade ou fisioterapia (a3.2a).

- Quando necessário, o PIAF proporciona ajudas sensoriais (próteses, ...) ou para a mobilidade, ensino da língua gestual ou sistemas de comunicação alternativa ou aumentativa e utilização de equipamentos informáticos (a3.2b).
- Quando necessário, o PIAF proporciona experiências de aprendizagens desenvolvimentais apropriadas (a3.2c).
- Quando necessário, o PIAF providencia informação, formação e apoio psicológico aos pais e outros prestadores de cuidados da criança (a3.3a).
- Quando necessário, O PIAF promove a eliminação de barreiras ou a organização apropriada dos diversos contextos (a3.3b).
- A revisão anual dos casos pode ser conduzida por um supervisor externo, quando requisitado pelas famílias ou pelos membros da equipa (a3.5b).
- A revisão anual dos casos segue a mesma estrutura das que ocorrem trimestralmente (a3.5d).
- Os resultados da revisão anual são sintetizados e apresentados às famílias em reunião (a3.5e).

Os indicadores parcialmente planejados e realizados (ponto 3) são:

- A equipa é responsável por facilitar a existência de relações de elevada qualidade com grupos de pares (a3.1d).
- O serviço é responsável por manter as crianças afastadas de qualquer tipo de discriminação ou de práticas que as negligenciem (a3.1e).
- Todos os apoios necessários são gratuitos, incluindo formação para a utilização e sua manutenção (a3.2d).
- A equipa é responsável pela promoção da inclusão da criança nos seus contextos naturais (a3.3c).
- Os acontecimentos relevantes ou alterações significativas na situação da criança e o seu progresso desenvolvimental são sistematicamente revistos (a3.4a).
- Trimestralmente é realizada uma revisão dos casos com a participação de, pelo menos, dois profissionais da equipa, sendo um deles o responsável de caso (a3.4b).
- A revisão dos casos inclui rever as opiniões dos pais e prestadores de cuidados, examinar os resultados do PIAF e reformular os objectivos e métodos (a3.4c).

- As revisões dos casos são registadas em formulários próprios concebidos de forma a monitorizar alterações ocorridas (a3.4d).
- A revisão anual dos casos acontece com a participação de toda a equipa e dos recursos comunitários envolvidos em cada caso (a3.5a).
- A revisão anual dos casos é preparada pelo responsável de caso (a3.5c).

E, por último, os indicadores planificados e realizados sistematicamente e alguns deles, ainda avaliados (pontos 4 e 5) são:

- A equipa é responsável pela melhoria das relações de vinculação e das práticas das famílias na educação da criança (a3.1a).
- A equipa é responsável por providenciar oportunidades contínuas para o desenvolvimento de atenção conjunta e experiências de aprendizagem da linguagem e comunicação (a3.1b).
- A equipa é responsável pela promoção de actividades simbólicas significativas e de carácter lúdico (a3.1c).

Nível 4 – Serviço:

Os indicadores não realizados ou não planificados e realizados esporadicamente (pontos 1 e 2) são:

- O organograma descreve uma unidade de direcção/coordenação do serviço com orientações claramente definidas e descrição de funções (a4.1a).
- O organograma descreve uma unidade de intervenção com orientações claramente definidas e descrição de funções (a4.1b).
- O organograma descreve uma unidade de informação (informação aos utentes, aos profissionais e entidades relacionadas com o SIP) com orientações claramente definidas e descrição de funções (a4.1c).
- Todas as unidades têm espaços e equipamento adequados (a4.1d).
- Existe uma gestão adequada do quadro de pessoal (nomeadamente de acordo com o rácio de profissionais recomendado) (a4.2a).

- As linhas orientadoras para a selecção dos profissionais baseiam-se simultaneamente na sua formação e experiência adequada (a4.2c).
- A direcção/coordenação proporciona orientação, motivação e liderança efectiva e ética (a4.3a).
- Ter em conta os pontos de vista e aspirações dos profissionais faz parte da cultura e regulamentos do SIP (a4.4a).
- São avaliados os seguintes tópicos: situação laboral, condições de trabalho, relações com utentes do serviço (criança, família, instituições, administração local e/ou central) e outros membros da equipa (sejam superiores, iguais ou subordinados), procedimentos e objectivos operacionais do SIP (a4.4b).
- A direcção/coordenação encoraja a participação dos profissionais na revisão dos casos e na avaliação geral do programa do SIP (a4.5a).
- Os profissionais e os utentes têm acesso a uma descrição detalhada dos recursos financeiros privados e públicos e sua distribuição orçamental (a4.6a).
- São feitos cálculos da relação entre custo-benefício ou outras medidas apropriadas de avaliação da eficácia do programa (a4.6b).
- São produzidos regularmente relatórios financeiros (a4.6c).
- É produzido um relatório financeiro anual (a4.6d).
- Os espaços do SIP são acessíveis e cumprem os requisitos de prevenção de acidentes (a4.7a).
- Os planos de evacuação do SIP são supervisionados pelos serviços de segurança autorizados (Bombeiros, Protecção Civil) (a4.7b).
- Está disponível uma listagem completa dos serviços prestados (a4.8a).
- Existe uma política de reclamações que proporciona a todas as famílias detalhes de como apresentar uma reclamação bem como informações acerca de entidades externas onde as apresentar (a4.8b).
- A análise sistemática das necessidades dos utentes conduz à mudança dos procedimentos de funcionamento (a4.8c).
- O SIP promove acordos de funcionamento com outros serviços de modo a facilitar a referenciação e redes de trabalho em colaboração (a4.8d).
- O SIP promove programas de base comunitária de modo a sensibilizar e informar as famílias no domínio do planeamento familiar (a4.9a).

- O SIP promove programas de base comunitária de modo a melhorar a rede de cuidados para a infância e educação (a4.9c).
- Avalia-se o nível de qualidade dos recursos utilizados na equipa/serviço (a4.10a).
- Avalia-se o funcionamento dos diferentes processos implementados na equipa/serviço (a4.10b).
- A adequação das instalações do serviço é revista periodicamente (a4.10c).
- Há um sistema de avaliação sobre os recursos humanos e materiais do Programa (a4.10d).
- Revê-se e avalia-se da relação entre as necessidades dos utentes e os serviços que são proporcionados (a4.10e).
- Utilizam-se os meios de comunicação, tanto para se dar a conhecer o serviço, como para realizar um trabalho de sensibilização social (a4.10f).
- Disponibilizam-se sistemas de análise que permitam avaliar a qualidade dos serviços e redigir anualmente propostas para melhoria do Programa (a4.10g).
- O Serviço procura obter algum tipo de Certificação de qualidade, efectuada por entidades autorizadas (a4.10h).

Os indicadores parcialmente planificados e realizados (ponto 3) são:

- Os profissionais são altamente qualificados para as suas funções e para as tarefas relacionadas com o SIP (a4.2b).
- O trabalho de equipa inclui reuniões periódicas onde os membros da equipa partilham informação, analisam registos dos casos e avaliam os resultados dos programas de IP (a4.2d).
- O desempenho da equipa é regularmente avaliado (a4.2e).
- A direcção/coordenação promove o conhecimento e interiorização, por parte dos profissionais, da missão, objectivos e programas do SIP (a4.3b).
- A direcção/coordenação encoraja o trabalho de equipa (a4.3c).
- A direcção/coordenação encoraja a participação dos profissionais em actividades de investigação (a4.5b).
- O SIP promove programas de base comunitária de modo a incrementar a educação parental e cuidados para a infância de qualidade

- (a4.9b).

Nível 5 – Programa de Intervenção Precoce:

Os indicadores não realizados ou não planificados e realizados esporadicamente (pontos 1 e 2) são:

- A avaliação externa é realizada por serviços certificados (a5.3a).
- A avaliação externa abrange todos os níveis do Programa (Comunidade, Família, Criança e Serviço) (a5.3b).
- A avaliação externa é realizada, no máximo, de três em três anos (a5.3c).
- O SIP mantém registos actualizados das qualificações dos profissionais, curriculum vitae e desenvolvimento profissional (a5.4a).
- Os Planos de Formação são delineados com a participação dos profissionais (a5.4b).
- A Formação e desenvolvimento dos profissionais abrangem temas globais e específicos (desenvolvimento da criança, dinâmicas familiares, trabalho de equipa, actividades de base comunitária) (a5.4c).
- Existe uma dotação financeira para o Plano de Formação dos profissionais do Serviço (a5.4d).
- O tempo dedicado à Formação e ao desenvolvimento dos profissionais é considerado tempo de trabalho (a5.4e).
- Os questionários são anónimos (a5.5a).
- Os questionários são escritos numa linguagem que as famílias conseguem facilmente perceber (a5.5b).
- Os tópicos avaliados incluem: Envolvimento e parceria, Qualidade de vida, Eficácia da intervenção, Coordenação do trabalho de equipa e inter-serviços, Grupos de auto-ajuda e Formação contínua de pais. (a5.5c).

Os indicadores parcialmente planificados e realizados (ponto 3) são:

- O Plano de Actividades reúne informação geral sobre os recursos humanos e materiais, população a atender, organigrama, horário e calendarização das actividades (a5.1a).
- O Plano de Actividades especifica objectivos e métodos (a5.1b).
- O Plano de Actividades é elaborado com a participação dos profissionais (a5.1c).
- O Relatório de actividades reúne e analisa dados quantitativos relacionados com financiamentos, actividades comunitárias, formação e investigação (a5.2a).
- O Relatório de actividades reúne e analisa dados estatísticos relacionados com os registos dos casos (gestão dos pedidos, tipologia dos casos, listagem de utentes, idade, índice de assiduidade dos utentes, ocorrências e sessões realizadas) (a5.2b).
- O Relatório de actividades inclui um registo da avaliação dos resultados gerais do programa de intervenção precoce (avaliação dos objectivos e propostas para um novo plano) (a5.2c).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Relacionando os resultados obtidos e a revisão de literatura podemos tirar algumas conclusões a fim de responder às questões de investigação que formulámos.

A Unidade de Desenvolvimento do Serviço de Pediatria do HSM é uma consulta de referência onde são prestados cuidados de saúde na área do Desenvolvimento Infantil.

A equipa da Unidade de Desenvolvimento do Serviço de Pediatria do HSM apresenta poucos técnicos, apenas 7, em comparação com a população que tem direito a um acompanhamento nesta unidade: todas as crianças identificadas a partir do diagnóstico precoce, *teste do pezinho*, realizado entre o 4º e o 10º dia de vida, que sejam portadoras de hipotiroidismo congénito ou de fenilicetonúria, de toda a metade sul do País e ainda, todas as crianças com idade inferior a 5 anos, na data da primeira consulta, tendo prioridade as crianças com menos de 1 ano, com excepção das crianças para a consulta de Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA), que se poderão inscrever até aos 10 anos.

Salienta-se, ainda, o facto de existirem protocolos de intervenção específicos para diversos quadros clínicos, o que potencia que muitas das crianças sejam referenciadas por outras consultas/unidades do HSM ou mesmo por outros hospitais. Isto obriga a que a periodicidade da reavaliação seja, maioritariamente, anual (56,5%).

O facto de as crianças serem seguidas nesta unidade até conseguirem ultrapassar as suas dificuldades, garantindo um acompanhamento, pelo menos até à idade escolar, assegura um enorme número de crianças inscritas e dificulta a intervenção.

Embora esteja presente na literatura que os educadores e outros técnicos do serviço de intervenção precoce devem pôr em prática um **Plano Individual de Apoio à Família (PIAF)**, que define as necessidades individuais e únicas da criança e o tipo de apoio para responder a essas necessidades (EADSNE, 2007) e, segundo Barbosa (2007), um **Programa Educativo Individual (PEI)** que pretende estipular como vai ser feito o percurso educativo da criança tendo em atenção as suas capacidades e limitações, com a

participação do maior número possível de pessoas que são parte integrante da vida da criança, as consultas prendem-se mais com a avaliação para definir a orientação mais adequada, de acordo com as especificidades de cada criança. Esta orientação é sempre definida com a concordância e colaboração dos pais. Também Valentim (2006) concluiu que apenas um terço dos 24 PEI's que analisou, no distrito de Setúbal continham a assinatura dos pais.

Isto não permite grande disponibilidade da parte dos técnicos para a intervenção ou mesmo apoio na realização de PEI's e PIAF's, o que é sustentado pelos resultados apresentados, apenas 17,4% de PEI's e nenhum PIAF. Apesar disso, as técnicas consideram planificar e realizar de forma parcial avaliações interdisciplinares que identificam principalmente as necessidades da criança, da família e dos contextos e que dessa avaliação resulta o Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) (a2.2c). Esta falha é uma realidade em muitos outros programas, como se confirma nos estudos de Cordeiro (2004) e Simões (2007).

A equipa faz um esforço para se manter cientificamente actualizada, através das reuniões das neurociências pediátricas e das reuniões clínicas do serviço de pediatria, ambas semanalmente. Isto vai de encontro à auto-avaliação das técnicas que percebem como indicadores parcialmente planificados e realizados:

- Os profissionais são altamente qualificados para as suas funções e para as tarefas relacionadas com o SIP (a4.2b).
- O trabalho de equipa inclui reuniões periódicas onde os membros da equipa partilham informação, analisam registos dos casos e avaliam os resultados dos programas de IP (a4.2d).
- A direcção/coordenação promove o conhecimento e interiorização, por parte dos profissionais, da missão, objectivos e programas do SIP (a4.3b).
- A direcção/coordenação encoraja o trabalho de equipa (a4.3c).
- A direcção/coordenação encoraja a participação dos profissionais em actividades de investigação (a4.5b).

Apesar disso, todos os outros indicadores relacionados com o nível 4 - Serviço são

percepcionados como não realizados ou apenas esporadicamente realizados.

A equipa reúne-se semanalmente, para discutir problemas e/ou casos, com o Director de Serviço. Apesar disso, segundo a análise documental, foi possível retirar que não são efectuados registos de reuniões de discussão de caso (0%), nem registos de sessões de supervisão (1,4%).

Segundo McNaughton (1994), para uma correcta avaliação dos programas de intervenção precoce não podemos deixar de lado a satisfação parental, já que este é um dos melhores parâmetros de avaliação, embora seja raramente tida em conta nas investigações formais dos efeitos dos programas. Relativamente a este serviço, pode-se concluir que é bastante bom, e que mesmo o tempo de espera, no local, a que a criança e o(s) seu(s) acompanhante(s) estão sujeitos está entre o razoável e o curto, o que responde a uma das questões de investigação.

Este nível de satisfação parental está bem patente nas correlações encontradas entre o ter sido um médico deste serviço a dar o diagnóstico e a família sentir que foi bem preparada, que os médicos foram claros e que todas as questões acerca do diagnóstico foram esclarecidas.

Nos casos em que isto não se verifica foram obtidas respostas como: “nem conseguia ouvir o que o doutor estava a dizer” ou “fiquei simplesmente em choque” retratam bem que os pais, durante a consulta em que é dado o diagnóstico, reagem com choque e stress e muitas vezes esquecem, ouvem e interpretam mal as informações dadas pelo médico (Ley, 1979). Também a teoria de Ryan e Thomas (1981) de que os pais reagem de formas muito diferentes face à ideia de ter um filho com perturbações é bem visível no leque de respostas obtidas sobre os sentimentos face ao diagnóstico.

Apesar de com instrumentos diferentes, também Valentim (2006) concluiu que existia satisfação parental e o PIIP de Coimbra que obteve, relativamente aos seus serviços, 93% de satisfação.

Quanto ao contexto onde decorre a intervenção, para as crianças dos 0 aos 3 anos, a casa parece ser o ideal (Pimentel, 2003), pois é aí que a criança passa uma grande parte do

dia e onde a maioria das interacções com os pais se processa. Apesar disso não podemos descurar o facto de este ser um serviço de saúde o que dificulta algumas situações como a disponibilidade da parte dos técnicos em se deslocarem a casa ou escolas, pelo que a avaliação, e eventual intervenção pelos técnicos desta equipa, é sempre realizada no hospital (100%).

Pela mesma razão os intervenientes na avaliação inicial, são sempre a família (98,6%), excepto num caso em que foi a instituição de acolhimento a estar presente, uma vez que a criança estava à guarda desta.

Quanto à questão de investigação acerca da tipologia de funcionamento seguir o modelo interdisciplinar podemos concluir que não o faz. O funcionamento aproxima-se do modelo multidisciplinar, embora de forma reduzida, uma vez que está quase sempre envolvido um psicólogo (82,6%), um pediatra (98,6%) e pode-se ainda contar, algumas vezes e com a participação de um terapeuta da fala (39,1%). Todos estes técnicos são membros da equipa, pelo que na grande maioria dos processos se encontram fichas de anamnese (92,8%), avaliações psicológicas (92,8%), relatórios de outros serviços (89,9%) e exames médicos (78,3%). Também no estudo de Simões (2007) se concluiu que não existia transdisciplinaridade da equipa.

Realça-se o facto de as técnicas transmitirem a percepção de serem apenas um serviço de prestação de cuidados de saúde e não um serviço de intervenção precoce, apesar de Meisels e Shonkoff (2000) definirem intervenção precoce como um conjunto multidisciplinar de serviços para crianças em risco, dos 0 aos 3 anos de idade, e respectivas famílias, com o objectivo de prevenir futuros problemas, remediar os existentes e promover o desenvolvimento adequado da criança e da sua família, algo que está adequado à caracterização desta unidade.

Sempre que possível, é pedida a presença do educador do regular (18,8%), do educador de apoio (11,6%) e de outros técnicos a trabalhar com a criança, por exemplo uma técnica de reabilitação (1,4%).

Apesar de o principal objectivo de um profissional ser dar os “instrumentos” necessários aos pais, para que estes possam agir, com sucesso, junto aos seus filhos

(Machado & Salvaterra, 1989), e de ser fundamental não esquecer que o impacto nas famílias de crianças com deficiência e a sua necessidade de suporte são algo para toda a vida (Carpenter, 2002), visto que são as famílias que vão ter que enfrentar recorrentes e imprevisíveis desafios. Na equipa que avaliámos é ainda descurada a importância da família, nomeadamente da informação que podem dar, dado que a maioria dos processos não contém fichas de sinalização (60%), nem inventários de necessidades da família (81,2%).

O único instrumento utilizado para caracterização da família foi o inventário de necessidades (18,8%). Quanto às informações, sobre a família, em praticamente todos os processos encontramos dados sobre as características do agregado (94,2%), as preocupações da família (91,3%), e dados sobre o desenvolvimento da criança (97,4%), uma vez que são informações necessárias à realização da anamnese.

Apenas as prioridades da família mereceram pouca atenção (1,4%). Apesar disso, na auto-avaliação, as técnicas consideram recolher sempre informação e orientações sobre o apoio e incluem a recolha de perguntas e preocupações dos pais (a1.4c), embora admitam não realizar ou realizar de forma esporádica, um registo dos dados relevantes relacionados com circunstâncias sociais, saúde e educacionais de todas as crianças apoiadas pelos serviços de intervenção precoce (a1.2b);

Os processos contêm, ainda, informações recolhidas de diferentes serviços, tais como: serviços educativos (81,2%), serviços de saúde (81,2%) e serviços sociais (7,2%).

As informações recolhidas e registadas durante a primeira avaliação realizada pela equipa foram: os objectivos do programa (39,1%), as estratégias de intervenção (97,1%), as competências da criança (100%), as dificuldades da criança (100%), as competências da família (1,4%) e as dificuldades da família (5,8%). São efectuados registos formais (98,6%) e informais (100%) e, por vezes, sínteses avaliativas (49,3%).

Todos os indicadores relacionados com os PIAF's são auto-avaliados como não realizados ou realizados apenas pontualmente.

Também para o nível 5 – Programa de Intervenção Precoce todos os itens são auto-

percepcionados como não realizados ou não planificados e realizados esporadicamente, excepto os seguintes indicadores, que consideram parcialmente planificados e realizados:

- O Plano de Actividades reúne informação geral sobre os recursos humanos e materiais, população a atender, organigrama, horário e calendarização das actividades (a5.1a).
- O Plano de Actividades especifica objectivos e métodos (a5.1b).
- O Plano de Actividades é elaborado com a participação dos profissionais (a5.1c).
- O Relatório de actividades reúne e analisa dados quantitativos relacionados com financiamentos, actividades comunitárias, formação e investigação (a5.2a).
- O Relatório de actividades reúne e analisa dados estatísticos relacionados com os registos dos casos (gestão dos pedidos, tipologia dos casos, listagem de utentes, idade, índice de assiduidade dos utentes, ocorrências e sessões realizadas) (a5.2b).
- O Relatório de actividades inclui um registo da avaliação dos resultados gerais do programa de intervenção precoce (avaliação dos objectivos e propostas para um novo plano) (a5.2c).

Quanto à avaliação da qualidade dos objectivos delineados nos PEI's, outra das questões de investigação, o facto das psicólogas terem entrado para a equipa há pouco tempo, pode explicar a reduzida existência destes nos processos. Estes não eram considerados pela unidade, como fazendo parte das suas competências, sendo recente a disponibilidade das psicólogas para apoiar a sua realização.

Apesar disso, na análise que fizemos dos 8 PEI's existentes, obteve-se uma qualidade média dos objectivos (62,03%).

No acordo inter-observadores, aconselhado neste tipo de investigação, e que segundo o ISPA (2007) deverá atingir uma percentagem de acordo mínima de 80%, obteve-se uma elevada percentagem de acordo entre observadores para cada um dos indicadores, variando entre 89,33% e 99,56%. Chega-se a um valor médio de acordo de 94,83%.

Para cada Plano Educativo Individualizado chegou-se também a um elevado valor de acordo entre observadores (94,76%), variando entre 92,51% e 97,04%.

Podemos concluir que a auto-percepção dos técnicos é, no geral, aproximada da realidade.

Salienta-se que os resultados destes instrumentos são eventualmente penalizadores para a unidade, uma vez que são instrumentos aferidos para programas de intervenção precoce e não para unidades que trabalhem também mas não unicamente nesta área.

Consideramos que seria proveitoso dar seguimento a este estudo através da implementação de algumas das guidelines, referenciadas na revisão teórica, para avaliar se haveria alteração da percepção dos pais, referindo, no entanto, a limitação a nível do impedimento em contactar os pais que responderam ao 1º inquérito.

Cara-Linda (2007) refere como aspectos a melhorar as questões relacionadas com o alargamento da equipa com técnicos de outras formações e o aumento de técnicos das especialidades já existentes. Também aqui existe um paralelismo com este estudo uma vez que se considera que seria benéfico para a unidade dispor de mais técnicos, uma vez que os actuais são em número muito reduzido face à população que a eles recorre. Esta dificuldade pode ser responsável pela quase inexistência de PEI's e PIAF's. Também isto seria um ponto interessante a trabalhar em futuros estudos.

Termina-se na esperança de que este estudo tenha colocado em evidência os pontos positivos e os pontos negativos desta unidade e que estes sejam utilizados para, continuamente, a ajustar a um serviço de qualidade com respeito por todos os seus intervenientes.

Salienta-se que esta unidade não é um Programa de Intervenção Precoce, mas sim uma Unidade de Desenvolvimento, pelo que os seus instrumentos e técnicos não são os mais direccionados para o trabalho em Intervenção Precoce. Uma vez que se conclui que as práticas dos seus técnicos não correspondem às práticas recomendadas na literatura, que têm que dar resposta a um enorme número de famílias, com uma equipa reduzida, deixa-se como recomendação final que a unidade se restrinja à avaliação, reavaliação e

encaminhamento das crianças e famílias que aí chegam, pondo de parte a intervenção, uma vez que esta não está de acordo com o recomendado quer a nível de práticas, de contexto e de regularidade, e permitiria, assim, uma maior disponibilidade para as funções recomendadas, já em prática na unidade.

BIBLIOGRAFIA

AAP – American Academy of Pediatrics (2003). Family Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics*, vol. 112, nº 3, 691-696.

Almeida, I. C. (1997). A avaliação de programas de intervenção precoce. *Cadernos Ceacf*, vol. 13/14, 51-65.

Almeida, I. C. (2002). Intervenção precoce – breve reflexão sobre a realidade actual. *Infância e Educação – Investigação e Práticas*, vol. 5. Porto: Revista do GESEI.

Almeida, I. C., Felgueiras, I. & Pimentel, J. S. (1997) Estudo avaliativo da implementação do programa Portage em Portugal – breve síntese. *Cadernos Ceacf*, vol. 13/14, 67 - 77

Antunes, C., Dias, S., Pimentel, J. (2005) (Poster). *Avaliação da Satisfação Parental em Intervenção Precoce*. Seminário “Intervenção Precoce na Infância”, promovido pelo Ministério da Educação e pela Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, em Lisboa.

Bailey, D.B., Skinner, D., Rodriguez, P., Gut, D. & Correa, V. (1999). Awareness, Use and Satisfaction with Services for Latino Parents of Young Children with Disabilities. *Exceptional Children*, vol.65, nº3, 367-381.

Bairrão, J. (1994). A perspectiva ecológica na avaliação de crianças com necessidades educativas especiais: O caso da intervenção precoce. *Inovação*, 7 (1), 37-48.

Bairrão, J. & Almeida, I. C. (2002). *Contributos Para o Estudo das Práticas de Intervenção Precoce em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação.

Barbosa, J.N. In <http://homepage.mac.com/jbarbo00/Public/DEFMENTALPANDEF.htm>, a 27/07/2007

Blue-Banning, M., Summers, J.A., Franklans, H.C., Nelson, L.L. & Beegle, G. (2004). Dimensions of Family and Professional Partnerships: Constructive Guidelines for Collaboration. *Exceptional Children*, vol. 70, n°2, 167-184.

Boyle, C.M (1970). Differences between patients and doctors interpretations of common medical terms. *British Medical Journal*, 2, 286-289.

Brown, W. & Conroy, M. (1997). The Interrelationship of Contexts in Early Intervention. In S.K. THURMAN, J.R. CORNWELL & S.R. GOTTWALD (Eds.), *Contexts of Early Intervention: Systems and Settings*. Paul H. Brookes Publishing.

Bruder, M. (2001). Inclusion of Infants and Toddlers: Outcomes and Ecology. In M. Guralnick (Ed.), *Early Childhood Inclusion: Focus on Change*. Baltimore: Paul H. Brooks, 203-228.

Burden, R.L (1980). Measuring the effects of stress on mothers of handicapped infants: must depression always follow?. *Child: Care, Health and Development*, 6, 111-123.

Cara-Linda, M.A. (2007). *Abordagem Centrada na Família: Avaliação de Práticas num Projecto de Intervenção Precoce*. (Tese de Mestrado em Psicologia Educacional). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Educacional.

Carpenter, B. (2002). Rescuing Early Intervention: Sustaining the family. *Hippocrates & Socrates VII Conference*.

Carr, J. (1970). Mongolism: telling the parents. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 12, 213-221.

Cordeiro, M.(2004). *O processo de avaliação em intervenção precoce e as práticas de apoio educativo no jardim de infância : da teoria à prática*. (Tese de Mestrado em Psicologia Educacional). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Educacional.

Cornwell, J.R. & Korteland, C. (1997) The family as a system and a context for early intervention. In S.K. THURMAN, J.R. CORNWELL & S.R. GOTTWALD (Eds.), *Contexts of Early Intervention: Systems and Settings*. Paul H. Brookes Publishing.

Correia, L. & Serrano, A. (1994). Impacto dos Programas de Intervenção Precoce na Criança e na Família. *Revista Portuguesa de Educação*, 7 (3), 85-93.

Cottrell, G.J & Summers, K. (1990). Communicating an evolutionary diagnosis of disability to parents. *Child: Care, Health and Development*, 16, 211-218.

Coutinho, M. T. (1999). *Intervenção precoce: estudo dos efeitos de um programa de formação parental destinado a pais de crianças com Síndrome de Down*. (Tese de Doutoramento em Educação Especial e Reabilitação). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa.

Cruz, 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.

Cunningham, C.C (1979). Parent counselling. In M. Graft (Ed.), *Tredgold's Mental Retardation*, 12th ed., London: Bailier Tindall.

Cunningham, C.C. (1984). Down Syndrome: disclosure and early family needs, *Down's Syndrome: Papers and Abstracts for Professionals*, 7, 1-3.

Cunningham, C.C & Davis, H. (1985). *Working with parents: Frameworks for Collaboration*. Milton Keynes: Open University Press.

Cunningham, C.C., Morgan, P.A. & McGucken, R.B (1984). Down's Syndrome: Is dissatisfaction with disclosure of diagnosis inevitable? *Developmental Medicine and Child Neurology*, 26, 33-39.

Davis, H. & Cunningham C.C (1985). Mental handicap. In E. Button (Ed.) *Personal Construct Theory and Mental Health*. London: Croom Helm.

Dias, C. D. (1998). Apoio a famílias de crianças com necessidades educativas especiais: um contexto de intervenção precoce. *Integrar*, vol. 16, 12 – 17.

Drillien, C.H. & Wilkinson, E.M. (1964). Mongolism: When should parents be told?. *British Medical Journal*, 2, 1306-1307.

Drotar, D., Baskiewitz, A., Irvin, A., Kennell, J. & Klaus, M. (1975). The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: A hypothetical model. *Paediatrics*, 56, 710-717.

Dunst, C.J. (2000). Revisiting “Rethinking Early Childhood”. *TECSE*, 20:2, 95-104.

EADSNE - European Agency for Development in Special Needs Education In http://www.european-agency.org/site/info/publications/agency/ereports/docs/15docs/eci_pt.doc, a 27/07/2007

Equipa Regional de Intervenção Precoce do Alentejo (2007). *Relatório de Actividades 2005/2006*.

Felgueiras, I. (1997). Modelos de intervenção precoce em crianças com necessidades educativas especiais. *Cadernos Ceacf*, vol. 13/14, 23 – 28.

Felgueiras, I. (2000). Perspectivas actuais sobre intervenção precoce: relato do Simpósio “Excelence in Early Childhood Intervention”. *Cadernos Ceacf*, vol. 15/16, 7 – 27.

Felgueiras, I. & Pimentel, J. S. (1987). Projecto de intervenção e estimulação precoce. *Cadernos COOMP*, vol. 11/12, 46 – 56.

FNP (Federação Nacional dos Professores) (2002). *Ensino Especial – Proposta do ME – Janeiro de 2002*. In: <http://www.fenprof.pt/Default.aspx?aba=27&cat=67&doc=48&mid=115>.

Frances, A. (1996). *DSM – IV – Casos Clínicos: Guia para o diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi

Gallagher, P.A., Rhodes, C.A. & Darling, S.M. (2004). Parents as Professionals in Early Intervention: A Parent Educator Model. *TECSE*, 24:1, 5-13.

Gronita, J. J. (2003). *O anúncio da deficiência da criança e suas implicações familiares e psicológicas*. (Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde). Lisboa: Universidade Aberta.

Guralnick, M.J. (2001). A Developmental Systems Model for Early Intervention. *Infants and Young Children*, vol.14, nº 2, 1-18.

Heinen, H. (2000). Eurlyaaid: A European Working Party on Early Intervention. *Inf Young Children*, 12 (3), 1-3.

Kelly, G.A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton.

Kelly, J.F. & Barnard, K.E. (2000). Assessment of Parent Child Interaction: Implications of Early Intervention. In J.P.SHONKOFF & S.J. MEISELS (2º Ed.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge University.

Koller, S. H. (2004). Conversando com Brofenbrenner. In S. H. Koller (Org.). *Ecologia do Desenvolvimento Humano – Pesquisa e Intervenção no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

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

Leitão, F. (1991). *Intervenção Educativa Precoce: Um modelo*. IV Encontro Nacional de Educação Especial – Comunicações. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 75-92.

Ley, P. (1979). Memory for medical information. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 245-256.

Machado, M. & Salvaterra, F. (1989). *Estratégias de aconselhamento na intervenção precoce. Objectivos e funções*. Comunicação apresentada no 1º encontro Nacional de Psicologia Educacional.

Mackeith, R. (1973).. The feelings and behaviour of parents of handicapped children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 15, 24-27.

Macnaughton, D. (1994). Measuring Parent Satisfaction with Early Childhood Intervention Programs: Current Practice, Problems and Future Perspectives. *TECSE*, 14 (1), 26-48.

Martins, A. P. (1999). *O envolvimento familiar em intervenção precoce: percepções de pais e educadores de infância*. (Tese de Mestrado em Psicologia Educacional). Lisboa: ISPA.

Maxwell, K. & Bryant, D. (1997). The Effectiveness of Early Intervention for Disadvantaged Children. In M.J. Guralnick (Ed.), *The Effectiveness of Early Intervention*. Paul H. Brookes Publishing.

Meisels, S.J. & Atkins-Burnett, S. (2000). The elements of Early Childhood Assessment. In J.P. Shonkoff & S.J.Meisels (2º Ed.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge University.

Meisels, S.J. & Shonkoff, J.P. (2000). Early Childhood Intervention: A Continuing evolution. In J.P. Shonkoff & S.J.Meisels (2º Ed.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge University.

Narvaz, M. G. & Koller, S. H. (2004). Modelo Biológico do Desenvolvimento Humano. In S. H. Koller (Org.). *Ecologia do Desenvolvimento Humano – Pesquisa e Intervenção no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Olshanky (1962). Material policopiado sem outra referência.

Piaget, J. (1983). Piaget's Theory. In H. Mussen (Ed.) *Handbook of Child Psychology* (4th Ed.). USA: John Wiley and Sons, Inc, 103-128

Pimentel, J. S. (1997). A avaliação de crianças com necessidades educativas especiais. *Caderno Ceacf*, vol. 13/14, 41-50.

Pimentel, J.S. (1999). Reflexões sobre a avaliação de programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica*, 1 (XVII), 143 – 152.

Pimentel, J.S. (2003). *Intervenção Focada na Família: Desejo ou Realidade. Percepções de pais e profissionais sobre as práticas de apoio precoce a crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias*. (Dissertação de Doutoramento em Psicologia). Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Pugh, G. & Russel, P. (1977). *Shared Care: Support Services for Families with Handicapped Children*. London: National Children's Bureau.

Quin, L. & Pahn, J. (1986). First diagnosis of severe mental handicap: characteristics of unsatisfactory encounters between doctors and parents. *Social Science Medicine*, 22, 53-62.

Quin, L. & Pahn, J. (1987). First diagnosis of severe mental handicap: a study of parental reactions. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 29, 232-242.

Quin, L. & Rutter, D.R. (1994). First diagnosis of severe mental and physical disability: a study of doctor-patient communication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(7), 1273-1287.

Ryan, J. & Thomas, F. (1981). Mental handicap: the historical background. In W. Swann (ed.). *The Practice of Special Education*, Oxford: Backwell/The Open University Press.

Selinghan, M. & Darlin, R.B. (1989). *Ordinary Families, Special Children: A System Approach to Childhood Disability*, New York: Guilford Press.

Serrano, A. M. (2000). A importância do apoio social numa perspectiva de intervenção precoce. *Inclusão, n° 1*, 37 – 44.

Simeonsson, P. J. & Bailey, D. B. (1990). Family Dimension in Early Intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (2° Ed.) *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge University, 428-444.

Simões, A.C. (2007). *Caracterização dos Programas de Intervenção Precoce, ao Abrigo do Despacho Conjunto n° 891/99 de 19 de Outubro, no Distrito de Faro*. (Tese de Mestrado em Educação Especial). Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.

Valentim, J. (2006). *Plano Individualizado de Apoio à Família: Um chapéu de chuva ou um conjunto de varas?*. (Monografia em Psicologia Educacional). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Educacional.

ANEXOS

ANEXO I

SERVIÇO DE PEDIATRIA HOSPITAL DE SANTA MARIA UNIDADE DE DESENVOLVIMENTO

1. Qual o seu grau de parentesco com a criança?

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pai | <input type="checkbox"/> Avó |
| <input type="checkbox"/> Mãe | <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ |
| <input type="checkbox"/> Avô | |

2. Qual a principal dificuldade da criança?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Não tem dificuldades | <input type="checkbox"/> Dificuldades auditivas |
| <input type="checkbox"/> Atraso no desenvolvimento global | <input type="checkbox"/> Dificuldades na linguagem |
| <input type="checkbox"/> Dificuldades motoras | <input type="checkbox"/> Dificuldades múltiplas |
| <input type="checkbox"/> Dificuldades visuais | <input type="checkbox"/> Outras. Qual? _____ |

3. Quem as notou?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pai | <input type="checkbox"/> Educador(a) |
| <input type="checkbox"/> Mãe | <input type="checkbox"/> Médico |
| <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Amigo(a) |
| <input type="checkbox"/> Professor(a) | <input type="checkbox"/> Outro. Quem? _____ |

4. Qual o diagnóstico (caso seja conhecido)?

5. Qual a idade da criança na altura do diagnóstico?

_____ Anos

6. Quem deu o diagnóstico?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médico externo | <input type="checkbox"/> Educador(a) |
| <input type="checkbox"/> Médico deste serviço | <input type="checkbox"/> Psicólogo |
| <input type="checkbox"/> Professor(a) | <input type="checkbox"/> Outro. Quem? _____ |

7. Foi bem preparado(a) para receber o diagnóstico?

- Sim
 Mais ou menos
 Não

8. Foram claros ao dar-lhe o diagnóstico?

- Sim
 Mais ou menos
 Não

Quando recebeu o diagnóstico estava.

- Sozinho(a)
 Com criança
 Com a criança e outro acompanhante

9. Ficou esclarecido(a) quanto ao diagnóstico?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Graças ao médico |
| | <input type="checkbox"/> Graças a si |
| <input type="checkbox"/> Mais ou menos | <input type="checkbox"/> Graças ao médico |
| | <input type="checkbox"/> Graças a si |
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Graças ao médico |
| | <input type="checkbox"/> Graças a si |

10. Como é que se sentiu quando recebeu o diagnóstico?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aliviado(a) | <input type="checkbox"/> Incrédulo(a) |
| <input type="checkbox"/> Triste(a) | <input type="checkbox"/> Revoltado(a) |
| <input type="checkbox"/> Satisfeito(a) | <input type="checkbox"/> Com dúvidas |
| <input type="checkbox"/> Culpado | <input type="checkbox"/> Outro. |
| Qual? _____ | |

11. Qual a importância que o diagnóstico teve para si?

- Muita
- Alguma
- Nenhuma

12. Qual o impacto que o diagnóstico teve na vida da criança?

- | | |
|----------------|-------------------------------------|
| Na família: | <input type="checkbox"/> Positivo |
| | <input type="checkbox"/> Nada mudou |
| | <input type="checkbox"/> Negativo |
| Na escola: | <input type="checkbox"/> Positivo |
| | <input type="checkbox"/> Nada mudou |
| | <input type="checkbox"/> Negativo |
| Na comunidade: | <input type="checkbox"/> Positivo |
| | <input type="checkbox"/> Nada mudou |
| | <input type="checkbox"/> Negativo |

13. Como é que classificaria o acompanhamento dado pelo serviço?

- Muito bom
- Bom
- Razoável
- Mau
- Muito mau

14. Considera que o tempo de espera no local, até ser atendido(a) é?

- Muito longo
- Longo
- Razoável
- Curto
- Muito curto

ANEXO II

Tabela 1 – Grau de Parentesco

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pai	19	19,0	19,0	19,0
mãe	78	78,0	78,0	97,0
avô	3	3,0	3,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Tabela 2 - Principal Dificuldade da Criança

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não tem dificuldades	5	5,0	5,0	5,0
atraso no desenvolvimento global	25	25,0	25,0	30,0
dificuldades motoras	1	1,0	1,0	31,0
dificuldades auditivas	1	1,0	1,0	32,0
dificuldades na linguagem	39	39,0	39,0	71,0
dificuldades múltiplas	4	4,0	4,0	75,0
outras	25	25,0	25,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Tabela 3 - Principal Dificuldade da Criança - Outras

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	73	73,0	73,0	73,0
aprendizagem	1	1,0	1,0	74,0
atenção	4	4,0	4,0	78,0
concentração	6	6,0	6,0	84,0
Dificuldades alimentares	1	1,0	1,0	85,0
Dificuldades no sono	1	1,0	1,0	86,0
Dificuldades de linguagem	1	1,0	1,0	87,0
irrequietude	6	6,0	6,0	93,0
raciocínio	2	2,0	2,0	95,0
rebeldia	1	1,0	1,0	96,0
sociais	3	3,0	3,0	99,0
Sociais	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Tabela 4 - Diagnóstico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PHDA	28	28,0	28,0	28,0
Défice Cognitivo	29	29,0	29,0	57,0
Perturbação da Linguagem	20	20,0	20,0	77,0
Síndrome de Asperguer	8	8,0	8,0	85,0
Autismo	15	15,0	15,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Tabela 5 - Quem Deu o Diagnóstico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid médico externo	19	19,0	19,0	19,0
médico deste serviço	79	79,0	79,0	98,0
psicólogo(a)	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Tabela 6 - Preparação para o Diagnóstico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	62	62,0	62,0	62,0
mais ou menos	13	13,0	13,0	75,0
não	25	25,0	25,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Tabela 7 - Diagnóstico Claro

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	71	71,0	71,0	71,0
mais ou menos	14	14,0	14,0	85,0
não	15	15,0	15,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Tabela 8 - Questões Acerca do Diagnóstico Esclarecidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim, graças ao médico	62	62,0	62,0	62,0
	sim, graças a si	13	13,0	13,0	75,0
	mais ou menos, graças ao médico	7	7,0	7,0	82,0
	não, graças ao médico	14	14,0	14,0	96,0
	não, graças a si	4	4,0	4,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Tabela 9 - Acompanhamento dado pelo Serviço

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muito bom	39	39,0	39,0	39,0
	bom	53	53,0	53,0	92,0
	razoável	5	5,0	5,0	97,0
	mau	1	1,0	1,0	98,0
	muito mau	2	2,0	2,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Tabela 10 - Tempo de Espera no Local

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muito longo	5	5,0	5,0	5,0
	longo	18	18,0	18,0	23,0
	razoável	43	43,0	43,0	66,0
	curto	29	29,0	29,0	95,0
	muito curto	5	5,0	5,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

ANEXO III

Tabela 1 - Preparação para o Diagnóstico * Quem Deu o Diagnóstico Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,430			,000
Interval by Interval	Pearson's R	-,173	,141	-1,740	,085(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,351	,109	-3,712	,000(c)
N of Valid Cases		100			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

Tabela 2 - Preparação para o Diagnóstico * Quem Deu o Diagnóstico Crosstab

		Quem Deu o Diagnóstico			Total
		médico externo	médico deste serviço	psicólogo(a)	
Preparação para o Diagnóstico	sim	4	58	0	62
	mais ou menos	4	8	1	13
	não	11	13	1	25
Total		19	79	2	100

Tabela 3 - Diagnóstico Claro * Quem Deu o Diagnóstico Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,464			,000
Interval by Interval	Pearson's R	-,166	,120	-1,664	,099(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,302	,118	-3,137	,002(c)
N of Valid Cases		100			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

Tabela 4 - Diagnóstico Claro * Quem Deu o Diagnóstico Crosstab

		Quem Deu o Diagnóstico			Total
		médico externo	médico deste serviço	psicólogo(a)	
Diagnóstico Claro	Sim	7	64	0	71
	mais ou menos	5	7	2	14
	Não	7	8	0	15
Total		19	79	2	100

**Tabela 5 - Questões Acerca do Diagnóstico Esclarecidas * Quem Deu o Diagnóstico
Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,456			,001
Interval by Interval	Pearson's R	-,188	,158	-1,890	,062(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,299	,116	-3,104	,002(c)
N of Valid Cases		100			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

Tabela 6 - Questões Acerca do Diagnóstico Esclarecidas * Quem Deu o Diagnóstico Crosstab

		Quem Deu o Diagnóstico			Total
		médico externo	médico deste serviço	psicólogo(a)	
Questões	sim, graças ao médico	7	54	1	62
Acerca do	sim, graças a si	1	12	0	13
Diagnóstico	mais ou menos, graças				
Esclarecidas	ao médico	2	5	0	7
	não, graças ao médico	5	8	1	14
	não, graças a si	4	0	0	4
Total		19	79	2	100

ANEXO IV

Tabela 1 – Quem Deu o Diagnóstico – Preparação Para o Diagnóstico
Correspondence Table

Quem Deu o Diagnóstico	Preparação para o Diagnóstico			
	sim	mais ou menos	não	Active Margin
médico externo	4	4	11	19
médico deste serviço	58	8	13	79
professor(a)	0	0	0	0
educador(a)	0	0	0	0
psicólogo(a)	0	1	1	2
outro	0	0	0	0
Active Margin	62	13	25	100

Gráfico 1 – Quem Deu o Diagnóstico – Preparação Para o Diagnóstico

Row and Column Points

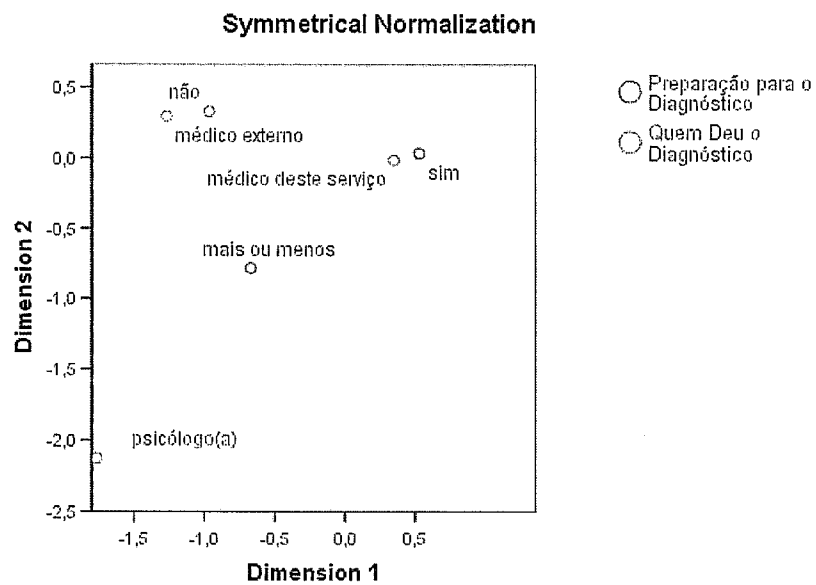


Tabela 2 – Quem Deu o Diagnóstico – Clareza ao Dar o Diagnóstico
Correspondence Table

Quem Deu o Diagnóstico	Diagnóstico Claro			
	sim	mais ou menos	não	Active Margin
médico externo	7	5	7	19
médico deste serviço	64	7	8	79
professor(a)	0	0	0	0
educador(a)	0	0	0	0
psicólogo(a)	0	2	0	2
outro	0	0	0	0
Active Margin	71	14	15	100

Gráfico 2 – Quem Deu o Diagnóstico – Clareza ao Dar o Diagnóstico

Row and Column Points

Symmetrical Normalization

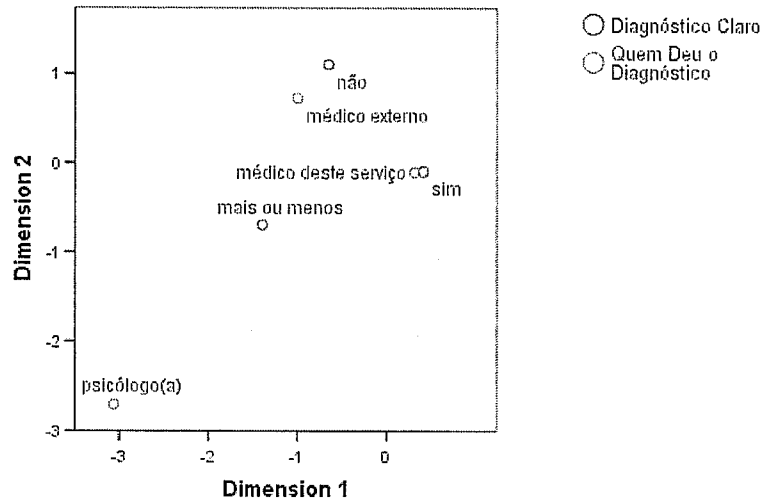
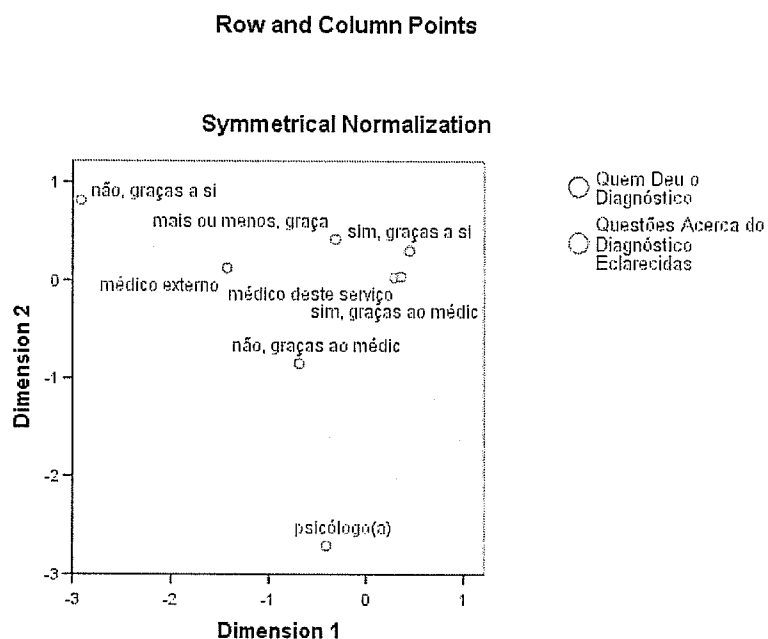


Tabela 3 - Quem Deu o Diagnóstico – Questões Acerca do Diagnósticos Esclarecidas

Quem Deu o Diagnóstico	Questões Acerca do Diagnóstico Esclarecidas						Active Margin
	sim, graças ao médico	sim, graças a si	mais ou menos, graças ao médico	mais ou menos, graças a si	não, graças ao médico	não, graças a si	
médico externo	7	1	2	0	5	4	19
médico deste serviço	54	12	5	0	8	0	79
professor(a)	0	0	0	0	0	0	0
educador(a)	0	0	0	0	0	0	0
psicólogo(a)	1	0	0	0	1	0	2
outro	0	0	0	0	0	0	0
Active Margin	62	13	7	0	14	4	100

Gráfico 3 - Quem Deu o Diagnóstico – Questões Acerca do Diagnósticos Esclarecidas



Anexo V

0. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA	
NOME: _____	SIP: _____
DATA DE NASCIMENTO: ___ / ___ / _____	IDADE: ___ / ___ / _____ (EM 31/12/2005)
SITUAÇÃO DE RISCO: _____	_____
DATA DE SINALIZAÇÃO: ___ / ___ / _____	DATA DA 1ª AVALIAÇÃO: ___ / ___ / _____
INICIO DA INTERVENÇÃO: ___ / ___ / _____	TEMPO DE INTERVENÇÃO: _____

1. DOCUMENTAÇÃO NO PROCESSO	SIM	DESCRIÇÃO / COMENTÁRIO
Ficha de Sinalização		
Inventário de Necessidades da Família		
Ficha de Anamnese		
Registos de Observação em Contexto		
Avaliações Psicológicas		
Exames Médicos		
Relatórios de outros serviços		
Síntese Avaliativa		
Plano Individualizado de Apoio à Família		
Programa Educativo Individual		
Registos de Reuniões de Discussão de Caso		
Registos de Reuniões com Família		
Registos de Reuniões com outros Serviços		
Registos de Sessões de Intervenção		
Registos de Sessões de Supervisão		
Outro (Qual? _____)		
Observações:		

2. PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO	SIM	DESCRIÇÃO / COMENTÁRIO
Intervenientes na Avaliação Inicial		
Família		
Educador do Regular		
Educador de Apoio		
Psicólogo		
Técnico Serviço Social		
Terapeuta da Fala		
Terapeuta Ocupacional		
Fisioterapeuta		
Pediatra		
Outro (Qual?)		
Local		
Domicílio		
Sede do Serviço de Intervenção Precoce		
Creche / Jardim de Infância		
Hospital / Centro de Saúde		
Outro (Qual?)		
Instrumentos para Avaliação da Criança		
Escala de Desenvolvimento (Qual?)		
Checklist (Qual?)		
Roteiro para Entrevista aos Pais		
Grelha para Observação em Contexto		
Outro (Qual?)		
Instrumentos para Caracterização da Família		
Inventário de Necessidades		
Eco mapa		
Genograma		
Grelha para Observação em Contexto		
Outro (Qual?)		
Informações Recolhidas na Família		
Características do Agregado		(idade/ escolaridade/ profissão/ habitação/...)
Preocupações da Família		
Prioridades da Família		
Dados sobre Desenvolvimento da Criança		
Outras (Quais?)		
Informações Recolhidas de outros Serviços		
Serviços Educativos		
Serviços de Saúde		
Serviços Sociais		
Outros (Quais?)		
Intervenientes na Reavaliação		
Família		
Educador do Regular		
Educador de Apoio		
Psicólogo		
Técnico Serviço Social		
Terapeuta da Fala		
Terapeuta Ocupacional		
Fisioterapeuta		
Pediatra		
Outro (Qual?)		

Informações Recolhidas		
Objectivos do Programa		
Estratégias de Intervenção		
Competências da Criança		
Dificuldades da Criança		
Competências da Família		
Dificuldades da Família		
Outras (Quais?)		
Tipo de Registos		
Relatórios Formais		
Registos Informais		
Síntese Avaliativa		
Outro (Qual?)		
Passagem de Informação		
Família		
Profissionais da Equipa		
Serviços Educativos		
Serviços de Saúde		
Serviços Sociais		
Outros (Quais?)		
Periodicidade da Reavaliação		
Trimestral		
Semestral		
Anual		
Outra (Qual?)		
Observações:		
3. PROCEDIMENTOS DE INTERVENÇÃO	SIM	DESCRIÇÃO / COMENTÁRIO
Intervenientes na Planificação		
Família		
Educador do Regular		
Educador de Apoio		
Psicólogo		
Técnico Serviço Social		
Terapeuta da Fala		
Terapeuta Ocupacional		
Fisioterapeuta		
Pediatra		
Outro (Qual?)		
Objectivos e Estratégias na área Educativa		
Autonomia		
Comunicação e Linguagem		
Socialização		
Motricidade		
Cognição		
Outra (Qual?)		

Objectivos para outras áreas de Intervenção		
Apoios Terapêuticos		
Serviços de Saúde		
Serviços Sociais		
Autarquia		
Outras (Quais?)		
Intervenientes no Programa		
Família		
Educador do Regular		
Educador de Apoio		
Psicólogo		
Técnico Serviço Social		
Terapeuta da Fala		
Terapeuta Ocupacional		
Fisioterapeuta		
Pediatra		
Outro (Qual?)		
Periodicidade da Intervenção		
Bi-semanal		
Tri-semanal		
Semanal		
Outra (Qual?)		
Local		
Domicilio		
Sede do Serviço de Intervenção Precoce		
Creche / Jardim-de-infância		
Outro (Qual?)		
Observações:		
Comentário Global:		

Preenchido por: _____
 ___ / ___ / ___

Data

Anexo VI

MANUAL DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS DOS PEI/PIAF

O Instrumento de Avaliação dos Objectivos Gerais e Específicos dos PEI/PIAF foi concebido para avaliar a qualidade dos objectivos gerais e objectivos específicos dos PEI/PIAF em cinco dimensões de qualidade:

- a. **funcionalidade:** um objectivo geral ou um objectivo específico é considerado funcional se facilitar o funcionamento das crianças nos seus contextos diários. As competências funcionais permitem à criança uma maior independência e proporcionam à criança a capacidade para se adaptar a ambientes em mudança. Uma competência funcional é provavelmente necessária para o funcionamento diário ou para a promoção do desenvolvimento. As competências funcionais são necessárias para lidar de uma forma eficaz e independente com o contexto diário. A funcionalidade inclui duas componentes: (1) a competência aumenta a capacidade da criança para interagir com pessoas e objectos do contexto diário e (2) a competência terá que ser realizada por outra pessoa se a criança não a conseguir realizar. Por exemplo, aprender a andar ou a alimentar-se de forma autónoma é mais funcional do que aprender a colocar peças numa prancha de encaixes ou a nomear imagens em cartões. Emparelhar formas com imagens de formas correspondentes não constitui uma competência que a criança tem necessidade de utilizar durante as actividades diárias; no entanto, a criança pode necessitar de utilizar a competência de emparelhar tampas de várias formas com os recipientes correspondentes. Apesar de ambas as competências envolverem a correspondência, reconhecimento e selecção de formas, a utilização de objectos funcionais como recipientes e tampas permite à criança aprender uma competência necessária e que irá promover a independência em situações de vida real.
- b. **generalidade:** um objectivo geral ou um objectivo específico é considerado genérico quando representa um conceito geral ou uma classe de comportamentos que não são específicos a um determinado item ou cenário. A generalidade inclui três componentes: (1) a competência representa um conceito geral e não uma tarefa específica; (2) a competência permite adaptações e modificações individuais para uma variedade de condições incapacitantes; e (3) a competência pode ser generalizada a diferentes cenários, materiais e pessoas. Por exemplo, empilhar uma variedade de objectos ou colocar muitos objectos diferentes em recipientes diferentes é mais

útil do que empilhar blocos ou colocar contas numa lata. Quando os objectivos gerais e específicos são redigidos em termos mais genéricos, os profissionais de intervenção e os prestadores de cuidados têm flexibilidade para ajudar a criança a praticar a competência em diferentes cenários, materiais e eventos. Aprender competências mais genéricas (e.g., empilhar uma variedade versus empilhar 3 blocos) também proporciona às crianças múltiplas oportunidades para utilizar as competências-alvo no seu contexto natural (e.g., empilhar livros, copos, roupas, cadeiras), promovendo a generalização das competências. Por exemplo, trabalhar a competência específica de colocar bolas, blocos e triângulos numa caixa de classificação, exclui muitas oportunidades para a criança praticar outras competências que representam o conceito genérico de colocar objectos num espaço definido, como colocar sapatos numa caixa de sapatos, colocar livros numa prateleira, colocar sabonete na saboneteira ou colocar tampas nas canetas. Centrando-se no conceito subjacente a uma competência, os adultos podem modificar ou adaptar materiais e respostas esperadas às características individuais de uma criança. Um exemplo seria utilizar objectos sonoros para uma criança com incapacidades visuais (e.g., colocar um auscultador no telefone de brincar, empurrar um carro barulhento para uma garagem). A ênfase num processo genérico facilita a generalização porque a competência pode ser ensinada utilizando diferentes objectos numa variedade de cenários.

- c. **contexto de ensino:** uma terceira dimensão de qualidade relaciona-se com o facto de os objectivos gerais e específicos poderem ser frequentemente e facilmente trabalhados no decurso de rotinas diárias (i.e., o contexto de ensino). Competências que podem ser trabalhadas nos contextos naturais (i.e., lugares como a casa, a creche, o jardim-de-infância e a mercearia) ou competências que podem ser facilmente desencadeadas por pais e profissionais de intervenção cumprem o critério de qualidade relacionado com o contexto de ensino. Por exemplo, a competência *equilibrar-se enquanto está em pé* pode ser trabalhada ou desencadeada enquanto a criança está à espera na fila para o almoço, enquanto espera pela sua vez para andar de baloiço em oposição a competências como *fica de pé apoiando-se num só pé* ou *anda numa trave de equilíbrio*. A competência *caminha entre linhas paralelas colocadas a 3 metros de distância* exige a preparação de uma situação clínica ou educacional artificial, enquanto a competência *caminha evitando obstáculos* pode ser ensinada utilizando estratégias de intervenção naturalistas e proporciona ao educador muitas oportunidades para integrar a competência nas rotinas diárias, tirando partido de antecedentes e

consequências lógicas que ocorrem naturalmente. Quando os objectivos gerais e estratégias são escritos de tal forma que a intervenção pode ocorrer nas rotinas normais da família ou da sala de actividades, em locais normais, com objectos normais e com prestadores de cuidados regulares, são úteis para as famílias. A facilidade de integração de uma competência nas rotinas diárias é essencial para um ensino significativo e naturalístico. As competências devem ser ensinadas de uma forma que reflecte a sua utilização nos contextos diários e devem ser facilmente desencadeadas no decurso das actividades da casa e da sala de actividades.

- d. **mensurabilidade:** quando os objectivos gerais e específicos são observáveis (i.e., podem ser vistos, ouvidos, contados) e, portanto, mensuráveis (através de medidas de frequência, duração e distância) e quando permitem a determinação de critérios de desempenho. Quando os objectivos gerais e específicos incluem termos vagos como *demonstra*, *conhece*, *percebe* e *aumenta* ou termos indefinidos como *competências sociais adequadas* ou *competências motoras ao nível dos 4 anos de idade*, os elementos da equipa tem dificuldade em (1) saber quando o comportamento ocorreu; e (2) em saber exactamente qual o comportamento a ser trabalhado durante a intervenção. Objectivos gerais e específicos mensuráveis são aqueles que permitem a diferentes pessoas concordar que a competência foi demonstrada e aqueles que permitem à equipa determinar se a criança adquiriu a competência alvo (e.g., caminha 5 metros durante 8 dias consecutivos, de uma forma independente). Para fins de fidelidade e avaliação, uma competência deve ser mensurável. Comparando os objectivos específicos *A criança participará durante o tempo de grande grupo* e *A criança participará nas actividades de grupo pedindo a sua vez*, é possível verificar que o segundo reflecte um nível específico de participação (pedir a vez), é observável e pode ser contado (i.e., número de vezes que a criança pede a vez), sendo ainda possível estabelecer critérios de desempenho (i.e., duas das três oportunidades durante cada tempo de grupo diário, durante 3 dias consecutivos).
- e. **relação hierárquica:** a quinta dimensão de qualidade relaciona-se com a relação hierárquica entre um objectivo geral e os objectivos específicos a ele associados. Os objectivos específicos devem estar directamente relacionados com o objectivo geral, servindo quer como passo precursor quer como competência base. Por exemplo, as competências precursoras do objectivo geral *caminhar de forma independente* podem incluir pôr-se de pé e caminhar com o apoio de uma mão. Muito frequentemente, os objectivos específicos são redigidos como reformulações do objectivo geral ou não se relacionam

com o objectivo geral. Os objectivos gerais a longo prazo e os objectivos específicos a curto prazo devem ser conceptualmente relacionados no âmbito de uma progressão hierárquica, através da formulação de sequências de ensino consistentes que aumentam a complexidade das competências de uma criança. É importante salientar que um objectivo geral a longo prazo bem como um objectivo específico a curto prazo devem representar uma expectativa específica ou competência e não uma afirmação vaga, genérica como *Irá participar durante o tempo de grande grupo* ou *Para melhorar as competências de comunicação social*.

No decurso deste estudo, objectivos gerais e específicos de elevada qualidade serão aqueles que são funcionais, genéricos, trabalhados no contexto natural da criança, mensuráveis e relacionados de uma forma hierárquica.

Cada objectivo geral e cada objectivo específico é avaliado de uma forma independente para determinar a presença ou ausência de 10 indicadores de qualidade diferentes. Se um indicador está presente, é atribuído o valor 1; se o indicador está ausente, é atribuído o valor 0. Um indicador adicional é utilizado para examinar a relação hierárquica entre um objectivo específico e o correspondente objectivo geral. Um objectivo específico redigido como um passo necessário à concretização do objectivo geral é considerado um objectivo de elevada qualidade e cotado com 2. Um objectivo específico que simplesmente reformula o objectivo geral é cotado com 1. Objectivos específicos que não se relacionam minimamente com o objectivo geral são cotados com 0.

Os resultados obtidos nos diferentes indicadores de qualidade são somados para determinar a qualidade global de um objectivo geral ou de um objectivo específico. Resultados mais elevados no GORI indicam objectivos gerais e objectivos específicos de maior qualidade.

Com frequência, objectivos gerais e específicos de elevada ou baixa qualidade revelam características idênticas (e.g., antecedentes, comportamentos, e critério). As diferenças de qualidade relacionam-se frequentemente com a forma como os objectivos gerais e específicos são seleccionados e redigidos. Por exemplo, as condições em que a criança deve demonstrar a competência (antecedentes) não devem ser limitadas a momentos específicos do dia ou contextos específicos (e.g., no ginásio, durante o tempo de grupo). Em vez disso, os antecedentes devem promover o uso das competências em condições que simulam como e onde a criança irá

necessitar da competência no decurso da sua rotina diária (i.e., em contextos como a casa, a escola, o jardim-de-infância). Para além disso, em vez de seleccionar comportamentos que são abrangentes e difíceis de medir (e.g., melhorar as competências de motricidade grossa), os objectivos gerais e específicos de elevada qualidade incluem comportamentos individualizados que podem ser vistos, ouvidos, contados e compreendidos (e.g., desloca-se pela casa e pela sala apoiando-se na mobília). Finalmente, os critérios seleccionados devem convencer a equipa de que a criança aprendeu a competência. Critérios como "ao nível das crianças de 4 anos" ou "80% do tempo" são difíceis de interpretar, tornando as decisões mais difíceis acerca do domínio da competência pela criança.

TREINO E ACORDO INTEROBSERVADORES

Pretende-se atingir uma percentagem de acordo interobservadores de, pelo menos, 80%.

RECOLHA DE PEI/PE/PIAF

- ▷ Obter o consentimento da família.
- ▷ Solicitar aos educadores de ensino regular/ensino especial/responsáveis de caso uma cópia do PEI/PE/PIAF.
- ▷ Assegurar a total confidencialidade dos dados.
- ▷ Se não for possível obter uma cópia dos documentos (ausência de consentimento), solicitar um período de tempo para analisar os documentos e solicitar autorização para transcrever apenas os objectivos de carácter social.

PROCEDIMENTO DE COTAÇÃO:

- ▷ Contabilizar o número de objectivos gerais e objectivos específicos de carácter social presente em cada PEI/PE/PIAF.
- ▷ Calcular a percentagem de objectivos de carácter social presentes em cada PEI/PE/PIAF (número de objectivos de carácter social dividido pelo número total de objectivos e multiplicado por 100).
- ▷ Determinar a qualidade dos objectivos gerais e objectivos específicos de carácter social.

VERIFICAÇÃO DO ACORDO INTEROBSERVADORES

- ▷ Um segundo observador deverá seleccionar aleatoriamente 25% dos objectivos gerais e específicos avaliados e proceder a uma segunda cotação.
- ▷ A percentagem total de acordo interobservadores será calculada contabilizando todos os indicadores em que se verificou acordo. A soma dos acordos será dividida pelo número total de acordos e desacordos e multiplicada por 100. O coeficiente Kappa será calculado para cada um dos indicadores de qualidade.

QUESTÕES A INCLUIR NO PROTOCOLO DE ENTREVISTA:

Perguntar aos profissionais participantes na elaboração dos documentos quais os recursos utilizados para definir os objectivos gerais e específicos.

Dimensões de Qualidade	Definições	Exemplos
Funcionalidade	<p>1 A competência aumenta a capacidade da criança para interagir com sucesso com pessoas e objectos do seu contexto diário. A criança precisa de demonstrar a competência em todos ou em quase todos os contextos em que ela se movimenta.</p> <p>2 A competência tem que ser executada por um adulto se a criança não a conseguir realizar. A competência corresponde a um comportamento necessário à realização das rotinas diárias.</p>	<p>Competência: Coloca objecto num recipiente. Oportunidades: Casa – coloca roupa na gaveta; escola – coloca lixo no balde do lixo; comunidade – coloca pacote de leite no carro das compras.</p> <p>Competência: Procura um objecto no local habitual. Oportunidades: Vai buscar o casaco ao cabide; vai buscar comida ao tabuleiro.</p>
Generalidade	<p>3 A competência representa um conceito geral ou uma classe de respostas.</p> <p>4 A competência é adaptável a uma variedade de incapacidades. A incapacidade sensorial da criança deve interferir o mínimo possível com a sua realização.</p>	<p>Competência: Encaixa objectos em espaços definidos. Oportunidades: Coloca cartas na caixa do correio; coloca lápis no estojo; coloca talheres nas respectivas divisórias.</p> <p>Competência: Activa de uma forma correcta um brinquedo simples. Oportunidades: Incapacidades motoras – activa brinquedos leves, fáceis de deslocar (e.g., bolas, cavalo de baloiço, brinquedos sobre rodas); Incapacidades visuais – activa brinquedos grandes, brilhantes e que emitam sinais sonoros (e.g., sinos, tambores, rocas grandes).</p>
Contexto de Ensino	<p>5 A competência pode ser generalizada numa variedade de cenários, materiais e/ou pessoas. A criança pode realizar a competência com materiais interessantes e em situações significativas.</p> <p>6 A competência pode ser ensinada de uma maneira que reflecte a forma como a competência será utilizada nos contextos diários. A competência pode ocorrer de uma forma naturalística.</p> <p>7 A competência pode ser integrada pelo educador ou pelos pais nas actividades da sala ou da família. A competência pode ser facilmente iniciada pela criança como parte das suas rotinas diárias.</p>	<p>Competência: Manipula dois objectos pequenos simultaneamente. Oportunidades: Casa – faz construções com pequenos blocos; aperta os cordões dos sapatos; escola –afia o lápis com o afiador; comunidade – tira uma moeda de uma pequena carteira.</p> <p>Competência: Utiliza um objecto para obter outro objecto. Oportunidades: Usa um garfo para obter comida; sobe a um banco para alcançar um brinquedo numa prateleira.</p> <p>Competência: Empilha objectos. Oportunidades: Empilha livros, copos/pratos, troncos de madeira.</p>

Dimensões de Qualidade	Definições	Exemplos
Mensurabilidade	<p>8 A competência pode ser vista ou ouvida. Diferentes observadores devem ser capazes de identificar o mesmo comportamento.</p>	<p>Competência mensurável: Ganha a atenção de uma pessoa; faz referência a um objecto, a uma pessoa ou a um evento. Competência não mensurável: Adquire um sentido de auto-importância.</p>
	<p>9 A competência pode ser directamente contada ou medida (e.g., através da frequência, duração ou distância). A competência representa um comportamento ou actividade bem definido.</p>	<p>Competência mensurável: Agarra um objecto de um tamanho de uma ervilha. Competência não mensurável: Tem mobilidade em todos os dedos.</p>
	<p>10 A competência contém ou permite a determinação de critérios de desempenho (e.g., de uma forma independente, com ajuda). O grau de precisão da competência pode ser avaliado.</p>	<p>Competência mensurável: Segue instruções de um passo com pistas contextuais. Competência não mensurável: Irá aumentar as competências de linguagem receptiva.</p>
Relação hierárquica	<p>11 (a) O objectivo específico é uma componente da competência ou um passo considerado crítico para a prossecução do objectivo geral? (b) O objectivo específico é uma reformulação ou contém o mesmo conteúdo que o objectivo geral (e.g., a única diferença entre o objectivo geral e o objectivo específico é uma especificação de uma determinada actividade, a inclusão de uma ajuda ou pista ou uma limitação quantitativa à extensão da competência). (c) O objectivo específico corresponde a uma competência que não se relaciona com o objectivo geral (do ponto de vista conceptual ou funcional).</p>	<p>Adequado: Objectivo específico a curto prazo – larga objecto com cada mão; objectivo geral a longo prazo – coloca e larga objecto equilibrado em cima de outro objecto. Inadequado: (b) Objectivo específico a curto prazo – activa brinquedo mecânico com ajuda física; Objectivo geral a longo prazo – activa um brinquedo mecânico de uma forma independente. Objectivo específico a curto prazo – empilha 5 blocos; objectivo geral a longo prazo – empilha 10 blocos. (c) Objectivo específico a curto prazo – larga objecto voluntariamente; objectivo geral a longo prazo – empurra com o dedo indicador.</p>

Exemplo	COMPETÊNCIA ALVO	OBJECTIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS DE ELEVADA QUALIDADE	OBJECTIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS DE BAIXA QUALIDADE
Andar	Objectivo geral 1.0 – O Kennedy caminhará de uma forma independente percorrendo uma distância de 5 metros em <u>casa</u> , <u>no jardim-de-infância</u> e <u>na comunidade</u> . Por exemplo, o Kennedy andará do tapete de grande grupo para a mesa do lanche, do carro até à sala, e da cozinha da avó até ao quarto dos brinquedos. Pelo menos 3 vezes por dia durante uma semana.		Objectivo geral 1.0 – A criança irá melhorar as suas competências de moiricidade grossa, atingindo o nível uma criança de 4 anos até ao final do ano.
	Objectivo específico 1.1 – O Kennedy caminhará até 5 metros agarrando-se às mãos dos pais ou da educadora <u>pelo menos uma vez</u> por dia durante 2 semanas.		Objectivo específico 1.1 – Durante a fisioterapia , a criança caminhará posicionando o calcanhar imediatamente à frente dos dedos, no ginásio durante 2/3 ensaios.
	Objectivo específico 1.2 – O Kennedy irá <u>deslocar-se pela casa e pela sala apoiando-se à mobília</u> pelo menos três vezes por dia durante uma semana.		Objectivo específico 1.2 – A criança irá sentar-se adequadamente no tapete durante o tempo de grupo (não se sentará em W) 80% do tempo.
	Objectivo específico 1.3 – O Kennedy irá levantar-se sozinho em casa e no jardim-de-infância pelo menos duas por dia durante duas semanas.		Objectivo específico 1.3 – A criança dará um pontapé numa bola com 90% de precisão .

Nota: secções sublinhadas indicam exemplos de antecedentes, comportamentos e critérios que contribuem para a elevada qualidade. Secções a negrito indicam exemplos de antecedentes, comportamentos e critérios que contribuem para a baixa qualidade do objectivo geral e dos objectivos específicos.

GORI – FOLHA DE COTAÇÃO

Criança: _____ Jardim-de-infância: _____ Cotador: _____
 Tipo de Documento: PE PE PIAF Quem participou na elaboração: _____
 Número total de Objectivos Gerais: _____ Número total de Objectivos Gerais no domínio social: _____
 Número total de Objectivos Específicos: _____ Número total de Objectivos Específicos no domínio social: _____
 Data elaboração documento: ____/____/____ Data acesso documento: ____/____/____

Dimensão de Qualidade	Indicador	Objectivos de carácter social																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	TOTAL	
Funcionalidade	1																	
	2																	
	3																	
	4																	
	5																	
Contexto de Ensino	6																	
	7																	
Mensurabilidade	8																	
	9																	
	10																	
Relação hierárquica	11																	
TIPO DE OBJECTIVO*																		
TOTAL																		

* G = Geral; E = Específico; I = Indiferenciado

Anexo VII

Tabela 1A – Ficha De Sinalização

@1A

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	42	60,9	60,9	60,9
	1	27	39,1	39,1	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 1B – Inventário De Necessidades Da Família

@1B

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	56	81,2	81,2	81,2
	1	13	18,8	18,8	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 1C – Ficha De Anamnese

@1C

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	7,2	7,2	7,2
	1	64	92,8	92,8	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 1D – Registos De Observação Em Contexto

@1D

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	37	53,6	53,6	53,6
	1	32	46,4	46,4	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 1E – Avaliações Psicológicas

@1E

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	7,2	7,2	7,2
	1	64	92,8	92,8	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 1F – Exames Médicos

@1F

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	15	21,7	21,7	21,7
	1	54	78,3	78,3	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 1G – Relatórios De Outros Serviços

@1G

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	7	10,1	10,1	10,1
	1	62	89,9	89,9	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 1H – Síntese Avaliativa

@1H

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	35	50,7	50,7	50,7
	1	34	49,3	49,3	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 1I – Plano Individualizado De Apoio À Família

@1I

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 1J – Programa Educativo Individual

@1J

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	57	82,6	82,6	82,6
	1	12	17,4	17,4	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 1K – Registos De Reuniões De Discussão De Caso

@1K

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 1L – Registos De Reuniões Com A Família

@1L

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 1M – Registos De Reuniões Com Outros Serviços

@1M

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	48	69,6	69,6	69,6
	1	21	30,4	30,4	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 1N – Registos De Sessões De Intervenção

@1N

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	66	95,7	95,7	95,7
	1	3	4,3	4,3	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 1O – Registos De Sessões De Supervisão

@1O

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	68	98,6	98,6	98,6
	1	1	1,4	1,4	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 1P – Outra Documentação Presente No Processo

@1P

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 1Pa – Outra Documentação Presente No Processo – Qual?

@1Pa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2A 1 – Intervenientes na Avaliação Inicial - Família

@2A1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	1,4	1,4	1,4
	1	68	98,6	98,6	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2A 2– Intervenientes na Avaliação Inicial – Educador do Regular

@2A2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	56	81,2	81,2	81,2
	1	13	18,8	18,8	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2A 3– Intervenientes na Avaliação Inicial – Educador de Apoio

@2A3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	61	88,4	88,4	88,4
1	8	11,6	11,6	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2A 4– Intervenientes na Avaliação Inicial - Psicólogo

@2A4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	12	17,4	17,4	17,4
1	57	82,6	82,6	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2A 5– Intervenientes na Avaliação Inicial – Técnico de Serviço Social

@2A5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2A 6– Intervenientes na Avaliação Inicial – Terapeuta da Fala

@2A6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	42	60,9	60,9	60,9
1	27	39,1	39,1	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2A 7– Intervenientes na Avaliação Inicial – Terapeuta Ocupacional

@2A7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2A 8– Intervenientes na Avaliação Inicial - Fisioterapeuta

@2A8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2A 9– Intervenientes na Avaliação Inicial - Pediatra

@2A9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	1,4	1,4	1,4
1	68	98,6	98,6	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2A 10– Intervenientes na Avaliação Inicial - Outro

@2A10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	67	97,1	97,1	97,1
1	2	2,9	2,9	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2A 10a– Intervenientes na Avaliação Inicial – Outro – Qual?

@2A10a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	67	97,1	97,1	97,1
inst. adopção	1	1,4	1,4	98,6
técnica de reabilitação	1	1,4	1,4	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2B 1– Local – Domicílio

@2B1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2B 2– Local – Sede do Serviço de Intervenção Precoce

@2B2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2B 3– Local – Creche/Jardim-de-Infância

@2B3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	66	95,7	95,7	95,7
1	3	4,3	4,3	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2B 4– Local – Hospital/Centro de Saúde

@2B4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2B 5– Local – Outro

@2B5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2B 5a– Local – Outro – Qual?

@2B5a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2C 1– Instrumentos para Avaliação Da Criança – Escalas de Desenvolvimento

@2C1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	6	8,7	8,7	8,7
1	63	91,3	91,3	100,0
Total	69	100,0	100,0	

@2C1a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	7,2	7,2	7,2
denver	1	1,4	1,4	8,7
denver, griffiths	5	7,2	7,2	15,9
denver, griffiths, amiel-tison	7	10,1	10,1	26,1
denver, griffiths, growing skills	1	1,4	1,4	27,5
griffiths	36	52,2	52,2	79,7
griffiths, denver	2	2,9	2,9	82,6
griffiths, pep-r	2	2,9	2,9	85,5
griffiths, wisc	4	5,8	5,8	91,3
griffiths, wisc	1	1,4	1,4	92,8
griffiths, wisc	1	1,4	1,4	94,2
pep-r	3	4,3	4,3	98,6
wisc	1	1,4	1,4	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2C 2– Instrumentos para Avaliação Da Criança - Checklist

@2C2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	34	49,3	49,3	49,3
1	35	50,7	50,7	100,0
Total	69	100,0	100,0	

@2C2a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	35	50,7	50,7	50,7
conners	15	21,7	21,7	72,5
escala asperguer	1	1,4	1,4	73,9
inv. comp. est.	1	1,4	1,4	75,4
inv. comp.est., cars	1	1,4	1,4	76,8
inv.comp.est.	5	7,2	7,2	84,1
inv.comp.est. , conners	3	4,3	4,3	88,4
inv.comp.est., escala asperguer	2	2,9	2,9	91,3
inv.comp.est., escala asperguer, conners	1	1,4	1,4	92,8
t21	5	7,2	7,2	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2C 3– Instrumentos para Avaliação Da Criança – Roteiro para Entrevista aos Pais

@2C3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2C 4– Instrumentos para Avaliação Da Criança – Grelha para Observação em Contexto

@2C4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	68	98,6	98,6	98,6
1	1	1,4	1,4	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2C 5– Instrumentos para Avaliação Da Criança - Outro

@2C5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	26	37,7	37,7	37,7
1	43	62,3	62,3	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2C 5a– Instrumentos para Avaliação Da Criança – Outro – Qual?

@2C5a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	26	37,7	37,7	37,7
av. comp. adaptativo	1	1,4	1,4	39,1
cars	4	5,8	5,8	44,9
cars, rdls	1	1,4	1,4	46,4
cars, topl, provas fonologicas	2	2,9	2,9	49,3
exame de linguagem, rdls, provas fonologicas, gol-e, exame buco-faringeo	1	1,4	1,4	50,7
gol-e	1	1,4	1,4	52,2
gol-e, articulação verbal, provas fonologicas	1	1,4	1,4	53,6
gol-e, rdls, teste de articulação verbal, exame buco-faringeo	1	1,4	1,4	55,1
indice stress parental	1	1,4	1,4	56,5
inv.comp.est.	2	2,9	2,9	59,4
inv.comp.est., cars	1	1,4	1,4	60,9
provas fonológicas, articulação verbal, rdls	1	1,4	1,4	62,3
provas fonológicas, articulação verbal, reynell	1	1,4	1,4	63,8
rdls	8	11,6	11,6	75,4
rdls, dubowitz	1	1,4	1,4	76,8
rdls, exame buco-faringeo	1	1,4	1,4	78,3
rdls, exame de linguagem	1	1,4	1,4	79,7
rdls, provas fonologicas	2	2,9	2,9	82,6
rdls, provas fonológicas, articulação verbal, reynell	1	1,4	1,4	84,1
rdls, reynell	3	4,3	4,3	88,4
reynell, rdls	1	1,4	1,4	89,9
reynell, rdls, articulação verbal	1	1,4	1,4	91,3
reynell, rdls, provas fonologicas	1	1,4	1,4	92,8
reynell, rdls, provas fonologicas, teste articulação verbal	1	1,4	1,4	94,2
reynell, rdls, teste articulação verbal, consciência fonologica	1	1,4	1,4	95,7
reynell, topl, rdls, avaliação oro-facial	1	1,4	1,4	97,1
topa, rdls	1	1,4	1,4	98,6
topa, topl. reynell. provas fonologicas, rdls	1	1,4	1,4	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2D 1– Instrumentos para Caracterização da Família – Inventário de Necessidades

@2D1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	55	79,7	79,7	79,7
1	14	20,3	20,3	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2D 2– Instrumentos para Caracterização da Família – Eco Mapa

@2D2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2D 3– Instrumentos para Caracterização da Família – Genograma

@2D3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2D 4– Instrumentos para Caracterização da Família – Grelha para Observação em Contexto

@2D4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2D 5– Instrumentos para Caracterização da Família – Outras

@2D5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2D 5a– Instrumentos para Caracterização da Família – Outras – Qual?

@2D5a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2E 1– Informações Recolhidas na Família – Características do Agregado

@2E1a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	4	5,8	5,8	5,8
1	65	94,2	94,2	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2E 2– Informações Recolhidas na Família – Preocupações da Família

@2E2a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	6	8,7	8,7	8,7
1	63	91,3	91,3	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2E 3– Informações Recolhidas na Família – Prioridades da Família

@2E3a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	68	98,6	98,6	98,6
1	1	1,4	1,4	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2E 4– Informações Recolhidas na Família – Dados sobre o Desenvolvimento da Criança

@2E4a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	2	2,9	2,9	2,9
1	67	97,1	97,1	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2E 5– Informações Recolhidas na Família – Outras

@2E5a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2E 5a– Informações Recolhidas na Família – Outras – Qual?

@2E5b

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2F 1– Informações Recolhidas de Outros Serviços – Serviços Educativos

@2F1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	13	18,8	18,8	18,8
1	56	81,2	81,2	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2F 2– Informações Recolhidas de Outros Serviços – Serviços de Saúde

@2F2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	13	18,8	18,8	18,8
1	56	81,2	81,2	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2F 3– Informações Recolhidas de Outros Serviços – Serviços Sociais

@2F3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	64	92,8	92,8	92,8
1	5	7,2	7,2	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2F 4– Informações Recolhidas de Outros Serviços – Outros

@2F4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2F 4a– Informações Recolhidas de Outros Serviços – Outros – Qual?

@2F4a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2G 1 – Intervenientes na Reavaliação - Família

@2G1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	1,4	1,4	1,4
1	68	98,6	98,6	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2G 2– Intervenientes na Reavaliação – Educador do Regular

@2G2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	17	24,6	24,6	24,6
1	52	75,4	75,4	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2G 3– Intervenientes na Reavaliação – Educador de Apoio

@2G3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	24	34,8	34,8	34,8
1	45	65,2	65,2	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2G 4– Intervenientes na Reavaliação - Psicólogo

@3G4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	3	4,3	4,3	4,3
1	66	95,7	95,7	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2G 5– Intervenientes na Reavaliação – Técnico de Serviço Social

@2G5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2G 6– Intervenientes na Reavaliação – Terapeuta da Fala

@2G6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	26	37,7	37,7	37,7
1	43	62,3	62,3	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2G 7– Intervenientes na Reavaliação – Terapeuta Ocupacional

@2G7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	64	92,8	92,8	92,8
1	5	7,2	7,2	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2G 8– Intervenientes na Reavaliação - Fisioterapeuta

@2G8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	65	94,2	94,2	94,2
1	4	5,8	5,8	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2G 9– Intervenientes na Reavaliação - Pediatra

@2G9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	1,4	1,4	1,4
	1	68	98,6	98,6	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2G 10– Intervenientes na Reavaliação - Outro

@2G10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	66	95,7	95,7	95,7
	1	3	4,3	4,3	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2G 10a– Intervenientes na Reavaliação – Outro – Qual?

@2G10a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		66	95,7	95,7	95,7
	ama	1	1,4	1,4	97,1
	instituição	1	1,4	1,4	98,6
	tecnica de reabilitação	1	1,4	1,4	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2H 1– Informações Recolhidas – Objectivos do Programa

@2H1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	42	60,9	60,9	60,9
	1	27	39,1	39,1	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2H 2– Informações Recolhidas – Estratégias de Intervenção

@2H2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	2,9	2,9	2,9
	1	67	97,1	97,1	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2H 3– Informações Recolhidas – Competências da Criança

@2H3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2H 4– Informações Recolhidas – Dificuldades da Criança

@2H4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2H 5– Informações Recolhidas – Competências da Família

@2H5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	68	98,6	98,6	98,6
	1	1	1,4	1,4	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2H 6– Informações Recolhidas – Dificuldades da Família

@2H6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	65	94,2	94,2	94,2
	1	4	5,8	5,8	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2H 7– Informações Recolhidas – Outras

@2H7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2H 7a– Informações Recolhidas – Outras – Qual?

@2H7a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2I 1– Tipos de Registos – Relatórios Formais

@2I1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	1,4	1,4	1,4
1	68	98,6	98,6	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2I 2– Tipos de Registos – Relatórios Informais

@2I2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2I 3– Tipos de Registos – Síntese Avaliativa

@2I3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	35	50,7	50,7	50,7
1	34	49,3	49,3	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2I 4– Tipos de Registos – Outro

@2I4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2I 4a– Tipos de Registos – Outro – Qual?

@2I4a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 2J 1– Passagem de Informação – Família

@2J1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	1,4	1,4	1,4
1	68	98,6	98,6	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2J 2– Passagem de Informação – Profissionais da Equipa

@2J2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	2	2,9	2,9	2,9
1	67	97,1	97,1	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2J 3– Passagem de Informação – Serviços Educativos

@2J3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	6	8,7	8,7	8,7
1	63	91,3	91,3	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2J 4– Passagem de Informação – Serviços de Saúde

@2J4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	57	82,6	82,6	82,6
	1	12	17,4	17,4	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2J 5– Passagem de Informação – Serviços Sociais

@2J5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	66	95,7	95,7	95,7
	1	3	4,3	4,3	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2J 6– Passagem de Informação – Outros

@2J6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	68	98,6	98,6	98,6
	1	1	1,4	1,4	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2J 6a– Passagem de Informação – Outros – Qual?

@2J6a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		68	98,6	98,6	98,6
	instituição	1	1,4	1,4	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2K 1– Periodicidade da Reavaliação – Trimestral

@2K1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	60	87,0	87,0	87,0
	1	9	13,0	13,0	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2K 2– Periodicidade da Reavaliação – Semestral

@2K2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	51	73,9	73,9	73,9
	1	18	26,1	26,1	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2K 3– Periodicidade da Reavaliação – Anual

@2K3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	30	43,5	43,5	43,5
	1	39	56,5	56,5	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2K 4– Periodicidade da Reavaliação – Outra

@2K4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	66	95,7	95,7	95,7
	1	3	4,3	4,3	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 2K 4a– Periodicidade da Reavaliação – Outra – Qual?

@2K4a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		66	95,7	95,7	95,7
	de 2 em 2 anos	1	1,4	1,4	97,1
	mensal	2	2,9	2,9	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3A 1 – Intervenientes na Planificação - Família

@3A1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	2,9	2,9	2,9
	1	67	97,1	97,1	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3A 2– Intervenientes na Planificação – Educador do Regular

@3A2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	37	53,6	53,6	53,6
	1	32	46,4	46,4	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3A 3– Intervenientes na Planificação – Educador de Apoio

@3A3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	38	55,1	55,1	55,1
	1	31	44,9	44,9	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3A 4– Intervenientes na Planificação - Psicólogo

@3A4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	8	11,6	11,6	11,6
	1	61	88,4	88,4	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3A 5– Intervenientes na Planificação – Técnico de Serviço Social

@3A5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 3A 6– Intervenientes na Planificação – Terapeuta da Fala

@3A6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	33	47,8	47,8	47,8
	1	36	52,2	52,2	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3A 7– Intervenientes na Planificação – Terapeuta Ocupacional

@3A7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	64	92,8	92,8	92,8
1	5	7,2	7,2	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3A 8– Intervenientes na Planificação - Fisioterapeuta

@3A8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	68	98,6	98,6	98,6
1	1	1,4	1,4	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3A 9– Intervenientes na Planificação - Pediatra

@3A9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	5	7,2	7,2	7,2
1	64	92,8	92,8	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3A 10– Intervenientes na Planificação - Outro

@3A10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	67	97,1	97,1	97,1
1	2	2,9	2,9	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3A 10a– Intervenientes na Planificação – Outro – Qual?

@3A10a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	67	97,1	97,1	97,1
instituição	1	1,4	1,4	98,6
técnica de reabilitação	1	1,4	1,4	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3B 1– Objectivos e Estratégias na Área Educativa – Autonomia

@3B1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	27	39,1	39,1	39,1
	1	42	60,9	60,9	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3B 2– Objectivos e Estratégias na Área Educativa – Comunicação e Linguagem

@3B2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	8	11,6	11,6	11,6
	1	61	88,4	88,4	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3B 3– Objectivos e Estratégias na Área Educativa – Socialização

@3B3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	25	36,2	36,2	36,2
	1	44	63,8	63,8	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3B 4– Objectivos e Estratégias na Área Educativa – Motricidade

@3B4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	41	59,4	59,4	59,4
	1	28	40,6	40,6	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3B 5– Objectivos e Estratégias na Área Educativa – Cognição

@3B5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	29	42,0	42,0	42,0
1	40	58,0	58,0	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3B 6– Objectivos e Estratégias na Área Educativa – Outra

@3B6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	68	98,6	98,6	98,6
1	1	1,4	1,4	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3B 6a– Objectivos e Estratégias na Área Educativa – Outra – Qual?

@3B6a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	68	98,6	98,6	98,6
atenção	1	1,4	1,4	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3C 1– Objectivos Para Outras Áreas De Intervenção – Apoios Terapêuticos

@3C1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	15	21,7	21,7	21,7
1	54	78,3	78,3	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3C 2– Objectivos Para Outras Áreas De Intervenção – Serviços de Saúde

@3C2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	55	79,7	79,7	79,7
1	14	20,3	20,3	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3C 3– Objectivos Para Outras Áreas De Intervenção – Serviços Sociais

@3C3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	67	97,1	97,1	97,1
1	2	2,9	2,9	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3C 4– Objectivos Para Outras Áreas De Intervenção – Autarquia

@3C4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 3C 5– Objectivos Para Outras Áreas De Intervenção – Outras

@3C5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 3C 5a– Objectivos Para Outras Áreas De Intervenção – Outras – Qual?

@3C5a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	69	100,0	100,0	100,0

Tabela 3D 1 – Intervenientes no Programa - Família

@3D1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	1,4	1,4	1,4
1	68	98,6	98,6	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3D 2– Intervenientes no Programa – Educador do Regular

@3D2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	12	17,4	17,4	17,4
	1	57	82,6	82,6	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3D 3– Intervenientes no Programa – Educador de Apoio

@3D3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	13	18,8	18,8	18,8
	1	56	81,2	81,2	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3D 4– Intervenientes no Programa - Psicólogo

@3D4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	7,2	7,2	7,2
	1	64	92,8	92,8	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3D 5– Intervenientes no Programa – Técnico de Serviço Social

@3D5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	68	98,6	98,6	98,6
	1	1	1,4	1,4	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3D 6– Intervenientes no Programa – Terapeuta da Fala

@3D6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	20	29,0	29,0	29,0
	1	49	71,0	71,0	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3D 7– Intervenientes no Programa – Terapeuta Ocupacional

@3D7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	59	85,5	85,5	85,5
	1	10	14,5	14,5	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3D 8– Intervenientes no Programa - Fisioterapeuta

@3D8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	62	89,9	89,9	89,9
	1	7	10,1	10,1	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3D 9– Intervenientes no Programa - Pediatra

@3D9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	7,2	7,2	7,2
	1	64	92,8	92,8	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3D 10– Intervenientes no Programa - Outro

@3D10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	64	92,8	92,8	92,8
	1	5	7,2	7,2	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3D 10a– Intervenientes no Programa – Outro – Qual?

@3D10a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	64	92,8	92,8	92,8
ama	3	4,3	4,3	97,1
hipoterapeuta	1	1,4	1,4	98,6
técnica de reabilitação	1	1,4	1,4	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3E 1– Periodicidade da Intervenção – Bi-semanal

@3E1a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	40	58,0	58,0	58,0
1	29	42,0	42,0	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3E 2– Periodicidade da Intervenção – Tri-semanal

@3E2a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	63	91,3	91,3	91,3
1	6	8,7	8,7	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3E 3– Periodicidade da Intervenção – Semanal

@3E3a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	51	73,9	73,9	73,9
1	18	26,1	26,1	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3E 4– Periodicidade da Intervenção – Outra

@3E4a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	52	75,4	75,4	75,4
1	17	24,6	24,6	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3E 4a– Periodicidade da Intervenção – Outra – Qual?

@3E4b

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	52	75,4	75,4	75,4
4 x/semana	1	1,4	1,4	76,8
diário	10	14,5	14,5	91,3
não mencionado	5	7,2	7,2	98,6
quinzenal	1	1,4	1,4	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3F 1– Local – Domicílio

@3F1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	61	88,4	88,4	88,4
1	8	11,6	11,6	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3F 2– Local – Sede do Serviço de Intervenção Precoce

@3F2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	60	87,0	87,0	87,0
1	9	13,0	13,0	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3F 3– Local – Creche/Jardim-de-Infância

@3F3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	15	21,7	21,7	21,7
	1	54	78,3	78,3	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3F 4– Local – Outro

@3F4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	63	91,3	91,3	91,3
	1	6	8,7	8,7	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabela 3F 4a– Local – Outro – Qual?

@3F4a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		63	91,3	91,3	91,3
	ama	1	1,4	1,4	92,8
	gabinete	4	5,8	5,8	98,6
	hsm, gabinete e piscina	1	1,4	1,4	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Anexo VIII

Guia de Padrões de Qualidade em Intervenção

Precoce ©

Formulário de Autoavaliação

IDENTIFICAÇÃO

Categoria Profissional: _____ Habilitação Académica: _____

Tempo de Serviço **total**: _____ Tempo em **intervenção precoce**: _____ Tempo **nesta equipa**: _____

Data de Preenchimento: ___ / ___ / _____

Código EID: _____

INSTRUÇÕES DE APLICAÇÃO

A presente versão do Guia de Padrões de Qualidade em Intervenção Precoce foi pensada e revista para se adaptar a uma terminologia e conceitos comuns em toda a Europa. Contudo, encontrará referências a formas de organização dos serviços que não correspondem directamente à realidade portuguesa. Assim, sempre que a sua realidade não corresponda ao indicador de qualidade ou descritor em referência, deverá reflectir sobre a prática implementada na sua região que mais se aproxime ao padrão em análise.

O Formulário está construído de forma a recolher informação das diferentes realidades de cada serviço ou equipa, sendo os padrões e indicadores apresentados num formato que facilita a autoavaliação e a descrição da prática actual, a qual deverá ser explicitada no espaço reservado para o efeito.

O Formulário, identifica cinco níveis de actuação; cada nível tem os seus respectivos padrões, indicadores e descritores, que servem como referência para a avaliação dos diferentes serviços e equipas.

No exercício de autoavaliação deve classificar-se cada indicador num leque de cinco alternativas (cada uma com o seu ponto correspondente) que medem o grau de desenvolvimento da actividade a que se refere:

Ponto 1 (Não realizado)

A actividade não se realiza actualmente.

Ponto 2 (Não planificado e realizado esporadicamente)

A actividade realiza-se como rotina não programada ou de forma esporádica.

Ponto 3 (Parcialmente planificado e realizado)

Uma parte da actividade é programada por iniciativa da equipa ou outros recursos.

Ponto 4 (Planificado e realizado sistematicamente)

As actividades são programadas por iniciativa da equipa ou outros recursos.

Ponto 5 (Planificado, realizado sistematicamente e avaliado)

O funcionamento e resultados são avaliados com a participação da equipa. Propõem-se medidas de manutenção, correcção ou melhoria e estabelece-se um procedimento de actuação.

© Versão original: *Guía de Estándares de Calidad en Atención Temprana – Formulario de Autoevaluación* (IMSERSO, 2004).

Versão portuguesa: traduzida e adaptada por FENACERCI e TorreGuia (2006).

NÍVEL 1. COMUNIDADE

PADRÃO 1.1

Elabora-se uma **Listagem** de perturbações do desenvolvimento ou situações de risco que devem ser referenciadas aos Serviços de Intervenção Precoce (SIP).

INDICADORES 1.1

	1	2	3	4	5
1.1. a) As famílias com crianças dos 0 aos 6 anos incluídas numa destas situações ou categorias são encaminhadas ou solicitam os SIP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1. b) A listagem é revista e analisada de 5 em 5 anos, de maneira a actualizar os critérios de elegibilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1. c) A listagem é um instrumento de orientação. A rede de recursos ou as famílias podem solicitar uma avaliação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

PADRÃO 1.2

Na área geográfica do Serviço de Intervenção Precoce está constituído um **Observatório para a Infância**, sob enquadramento legal apropriado.

INDICADORES 1.2

	1	2	3	4	5
1.2. a) Todos os recursos da comunidade relacionados com o bem-estar da criança e da família participam neste observatório.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. b) Existe um registo dos dados relevantes relacionados com circunstâncias sociais, saúde e educacionais de todas as crianças apoiadas pelos SIP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. c) De 4 em 4 anos elabora-se um plano de acção comunitário para desenvolver a Intervenção Precoce, que é revisto anualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. d) A Saúde, educação e bem-estar social da infância são monitorizados através de indicadores apropriados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

NÍVEL 1. COMUNIDADE

PADRÃO 1.3

Os recursos da comunidade utilizam **procedimentos de triagem** para a detecção precoce de crianças com perturbações do desenvolvimento ou em situações de risco.

INDICADORES 1.3

	1	2	3	4	5
1.3. a) Existem procedimentos de triagem para a detecção precoce da hipoacusia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3. b) Existem procedimentos de triagem para a detecção precoce da baixa visão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3. c) Existem procedimentos de triagem para a detecção precoce de atraso de linguagem e psicomotor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3. d) Existem procedimentos de triagem para a detecção precoce de situações de risco psicossocial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3. e) Existem procedimentos de triagem para a detecção precoce de situações de metabolopatias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

PADRÃO 1.4

Todas as famílias envolvidas em procedimentos de diagnóstico recebem de imediato **informação e apoio**.

INDICADORES 1.4

	1	2	3	4	5
1.4. a) A informação e as orientações sobre o apoio iniciam-se quando qualquer família tem de enfrentar "más notícias".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4. b) A informação e as orientações sobre o apoio incluem indicações específicas sobre a forma e o local.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4. c) A informação e as orientações sobre o apoio incluem a recolha das perguntas e preocupações dos pais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4. d) A informação e as orientações sobre o apoio incluem informação sobre serviços de intervenção precoce.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

NÍVEL 1. COMUNIDADE

PADRÃO 1.5

A experiência e sensibilidade dos profissionais asseguram **encaminhamento eficaz** das crianças elegíveis para os Serviços de Intervenção Precoce.

INDICADORES 1.5

	1	2	3	4	5
1.5. a) Todas as crianças elegíveis são imediatamente referenciadas aos serviços de intervenção precoce.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

PADRÃO 1.6

Existe um procedimento comum para formular o **pedido de intervenção precoce**.

INDICADORES 1.6

	1	2	3	4	5
1.6. a) O procedimento inclui um formulário que regista: - Dados de identificação pessoal da criança. - Dados de quem efectua o pedido. - O consentimento (devidamente informado) da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6. b) O formulário inclui os critérios de elegibilidade identificados e que fundamentam o motivo do pedido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

NÍVEL 1. COMUNIDADE

PADRÃO 1.7.

Todo o tipo de informações registadas relativas a cada família e cada criança estão sujeitos a um **Regulamento de protecção de dados**.

INDICADORES 1.7

	1	2	3	4	5
1.7. a) As actividades de intervenção precoce cumprem o princípio da confidencialidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7. b) Os registos são mantidos em processos individuais de acesso restrito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7. c) Existe um registo do acesso dos profissionais aos dados dos processos individuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7. d) A família (devidamente informada) dá o seu consentimento para a transmissão de informação entre serviços.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

PADRÃO 1.8

A Intervenção Precoce é prestada através de **serviços descentralizados**.

INDICADORES 1.8

	1	2	3	4	5
1.8. a) Existem serviços/equipas em cada concelho (os serviços podem abranger vários concelhos ou serem definidos por referência a freguesias).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8. b) O serviço/equipa cumpre com os requisitos formalizados no NÍVEL 4 (vide Serviço).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

NÍVEL 2. FAMÍLIA

PADRÃO 2.1

Os serviços de intervenção precoce proporcionam uma abordagem **multidimensional e holística** que compreende o conhecimento das necessidades da criança, da família e dos seus contextos de vida.

INDICADORES 2.1

	1	2	3	4	5
2.1. a) O processo de avaliação da criança visa reunir informação sobre: a historia pessoal, relações sociais e acontecimentos relevantes (saúde); tipo de vinculação com os principais cuidadores; os factores de risco e protecção; iniciativa pessoal, atitudes e padrões de interacção social, interesses e dificuldades em cada contexto ou rotina; formas de comunicação, jogo, saberes, estratégias cognitivas, comportamento adaptativo, funções sensoriais e motoras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1. b) O processo de avaliação da família visa reunir informação sobre: as necessidades e preocupações expressas pela família, as práticas parentais e educativas, o momento em que se encontra na aceitação e adaptação à nova situação, o agregado familiar, a história familiar (genograma), os factores de risco e protecção, as relações intra e extra familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1. c) O processo de avaliação do meio visa reunir informação sobre: o contexto familiar e circunstâncias envolventes, outras pessoas relevantes, recursos ou agentes sociais envolvidos no bem-estar ou desenvolvimento da criança, redes sociais e institucionais, factores de risco e protecção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

PADRÃO 2.2

Os serviços de intervenção precoce proporcionam uma avaliação **interdisciplinar** contínua.

INDICADORES 2.2

	1	2	3	4	5
2.2. a) Os procedimentos da avaliação incluem sessões de equipa para avaliar os registos do caso, as observações da criança e os resultados de instrumentos referenciados a critérios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. b) Os procedimentos da avaliação incluem sessões de equipa em que participam no mínimo dois profissionais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2. c) As avaliações interdisciplinares identificam principalmente as necessidades da criança, da família e dos contextos. Da avaliação resulta o Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

NÍVEL 2. FAMÍLIA

PADRÃO 2.3

A intervenção precoce promove a participação e o **envolvimento familiar**.

INDICADORES 2.3

	1	2	3	4	5
2.3. a) A avaliação inicia-se com uma entrevista de acolhimento e apresentação do serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. b) As reuniões, hora e local, são flexíveis de modo a facilitar a participação dos pais ou principais prestadores de cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. c) Os pedidos e necessidades sentidas pela família são expressas nas suas próprias palavras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. d) São respeitadas as ideias, crenças, opiniões, práticas culturais e reservas de intimidade da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. e) As famílias são considerados os primeiros decisores (as opiniões e propostas de actuação submetem-se à consideração e decisão da família).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. f) Aceitam-se as decisões da família sempre que não prejudiquem gravemente os interesses da criança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. g) As propostas do PIAF são sempre orientadas para a normalização da vida familiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

PADRÃO 2.4

O Plano Individualizado de Apoio à Família é elaborado com participação da família em reunião de aconselhamento.

INDICADORES 2.4

	1	2	3	4	5
2.4. a) Nesta reunião participam os pais ou principais prestadores de cuidados, o responsável de caso e, pelo menos, outro membro da equipa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.4. b) O PIAF resume os métodos, prazos, e períodos de revisão estabelecidos para cada objectivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. c) O PIAF engloba os procedimentos designados para promover a inclusão social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. d) O PIAF resume os procedimentos designados para apoiar experiências de aprendizagem e transições graduais entre contextos (domicílio, creche, jardim-de-infância e escola).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. e) O PIAF engloba os procedimentos designados para proporcionar apoio à saúde nos contextos naturais da criança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. f) Os pais (devidamente informados) assinam o consentimento relativo às medidas acordadas no PIAF.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. g) O PIAF é elaborado num prazo de 30 dias após a entrevista de acolhimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

NÍVEL 2. FAMÍLIA

PADRÃO 2.5.

Para cada família é nomeado um membro da equipa como sendo o **responsável de caso**.

INDICADORES 2.5

	1	2	3	4	5
2.5. a) O responsável de caso é nomeado provisoriamente para a realização da entrevista de acolhimento. Este assume carácter definitivo quando o PIAF é elaborado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5. b) O responsável de caso canaliza os pedidos da família e promove o apoio adequado por parte dos recursos comunitários.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5. c) Cada responsável de caso acompanha no máximo 15 famílias simultaneamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

PADRÃO 2.6.

Os aspectos da **inclusão social** no PIAF visam o fortalecimento das relações internas e externas da família.

INDICADORES 2.6

	1	2	3	4	5
2.6.a) O PIAF é elaborado para melhorar as competências da família e as suas práticas educativas. No âmbito deste objectivo, podem implementar-se acções como programas de apoio entre pais (Grupo de Pais).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6.b) O PIAF é elaborado para melhorar a qualidade dos padrões de interacção entre os pais e a criança. No âmbito deste objectivo, podem implementar-se acções como a participação dos pais em formações ou em sessões de vídeo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6.c) O PIAF é elaborado para facilitar os encontros entre pais. No âmbito deste objectivo, podem implementar-se acções como a participação em grupos de auto-ajuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6.d) O PIAF é elaborado para ajudar as famílias a manter os seus empregos ou projectos de trabalho. No âmbito deste objectivo, podem implementar-se acções como a coordenação com os centros de emprego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6.e) O PIAF é elaborado para aumentar as oportunidades da família usufruir do tempo livre. No âmbito deste objectivo, podem implementar-se acções como a coordenação com os serviços culturais e serviços de prestação de apoio domiciliário.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6.f) O PIAF é elaborado para facilitar o acesso das famílias aos apoios legalmente previstos (subsídios, ajudas técnicas, condições especiais de trabalho, ...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

NÍVEL 2. FAMÍLIA

PADRÃO 2.7

O PIAF inclui **aspectos educativos** que são delineados com a colaboração dos serviços de educação.

INDICADORES 2.7

	1	2	3	4	5
2.7. a) A acessibilidade, segurança e as condições gerais do contexto escolar são verificadas em coordenação com os recursos educativos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7. b) Transmite-se aos profissionais da creche ou jardim-de-infância a informação apropriada relativa ao PIAF, seus objectivos e métodos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.7. c) O processo de transição para a escola é planeado em coordenação com os recursos educativos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

PADRÃO 2.8

O PIAF inclui aspectos de **apoio à saúde**, elaborados em colaboração com os serviços de saúde.

INDICADORES 2.8

	1	2	3	4	5
2.8. a) O PIAF é elaborado para dar resposta às necessidades especiais de saúde na rotina da vida diária.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8. b) Quando necessário, o PIAF inclui informação sobre tratamentos especiais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8. c) Quando necessário, o PIAF inclui informação sobre apoios especiais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8. d) Quando necessário, o PIAF inclui informação sobre possíveis efeitos secundários e sua prevenção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

NÍVEL 2. FAMÍLIA

PADRÃO 2.9

Os **direitos e deveres** do utente estão claramente especificados.

INDICADORES 2.9

	1	2	3	4	5
2.9. a) Os deveres do responsável de caso incluem informar as famílias dos seus direitos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9. b) Registam-se as queixas e sugestões das famílias. Estas são avaliadas e incluídas no relatório de actividades anual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9. c) Existe um regulamento interno em que se incluem os princípios éticos, a missão do serviço e as directrizes de funcionamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9. d) Estão previstos mecanismos de mediação para resolver dilemas éticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

Nível 3. CRIANÇA

PADRÃO 3.1

Todas as crianças com perturbações do desenvolvimento ou em situações de risco têm direito a alcançar uma **plena participação** na vida social.

INDICADORES 3.1

	1	2	3	4	5
3.1. a) A equipa é responsável pela melhoria das relações de vinculação e das práticas das famílias na educação da criança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1. b) A equipa é responsável por providenciar oportunidades contínuas para o desenvolvimento de atenção conjunta e experiências de aprendizagem da linguagem e comunicação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1. c) A equipa é responsável pela promoção de actividades simbólicas significativas e de carácter lúdico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1. d) A equipa é responsável por facilitar a existência de relações de elevada qualidade com grupos de pares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1. e) O serviço é responsável por manter as crianças afastadas de qualquer tipo de discriminação ou de práticas que as negligenciem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

PADRÃO 3.2

De acordo com as suas necessidades, todas as crianças com perturbações de desenvolvimento ou em situações de risco têm direito a receber ajudas desenvolvimentais apropriadas (apoios terapêuticos, técnicos e educativos) que fortaleçam a sua **autonomia**.

INDICADORES 3.2

	1	2	3	4	5
3.2. a) Quando necessário, o PIAF proporciona sessões de estimulação global, de aquisição de competências funcionais, de terapia ocupacional, de terapia da fala, psicomotricidade ou fisioterapia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. b) Quando necessário, o PIAF proporciona ajudas sensoriais (próteses, ...) ou para a mobilidade, ensino da língua gestual ou sistemas de comunicação alternativa ou aumentativa e utilização de equipamentos informáticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. c) Quando necessário, o PIAF proporciona experiências de aprendizagens desenvolvimentais apropriadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2. d) Todos os apoios necessários são gratuitos, incluindo formação para a utilização e sua manutenção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

Nível 3. CRIANÇA

PADRÃO 3.3.

São implementadas **alterações apropriadas no contexto**, de modo a satisfazer necessidades especiais das crianças.

INDICADORES 3.3

	1	2	3	4	5
3.3. a) Quando necessário, o PIAF providencia informação, formação e apoio psicológico aos pais e outros prestadores de cuidados da criança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. b) Quando necessário, O PIAF promove a eliminação de barreiras ou a organização apropriada dos diversos contextos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. c) A equipa é responsável pela promoção da inclusão da criança nos seus contextos naturais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

PADRÃO 3.4

A **revisão dos casos**, com particular atenção aos resultados do PIAF, ao progresso do desenvolvimento da criança e à situação de inclusão social, é realizada regularmente.

INDICADORES 3.4

	1	2	3	4	5
3.4. a) Os acontecimentos relevantes ou alterações significativas na situação da criança e o seu progresso desenvolvimental são sistematicamente revistos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.4. b) Trimestralmente é realizada a revisão dos casos com a participação de, pelo menos, dois profissionais da equipa, sendo um deles o responsável de caso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. c) A revisão dos casos inclui rever as opiniões dos pais e prestadores de cuidados, examinar os resultados do PIAF e reformular os objectivos e métodos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. d) As revisões dos casos são registadas em formulários próprios concebidos de forma a monitorizar alterações ocorridas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

Nível 3. CRIANÇA

PADRÃO 3.5

A **revisão dos casos** é realizada em equipa anualmente.

INDICADORES 3.5

	1	2	3	4	5
3.5. a) A revisão anual dos casos acontece com a participação de toda a equipa e dos recursos comunitários envolvidos em cada caso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. b) A revisão anual dos casos pode ser conduzida por um supervisor externo, quando requisitado pelas famílias ou pelos membros da equipa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. c) A revisão anual dos casos é preparada pelo responsável de caso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. d) A revisão anual dos casos segue a mesma estrutura das que ocorrem trimestralmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. e) Os resultados da revisão anual são sintetizados e apresentados às famílias em reunião.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

Nível 4. SERVIÇO

PADRÃO 4.1

A coordenação do programa do SIP tem disponível um **organograma** com as unidades funcionais, estratégias de gestão e circuitos de comunicação.

INDICADORES 4.1

	1	2	3	4	5
4.1. a) O organograma descreve uma unidade de direcção/coordenação do serviço com orientações claramente definidas e descrição de funções.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1. b) O organograma descreve uma unidade de intervenção com orientações claramente definidas e descrição de funções.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1. c) O organograma descreve uma unidade de informação (informação aos utentes, aos profissionais e entidades relacionadas com o SIP) com orientações claramente definidas e descrição de funções.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1. d) Todas as unidades têm espaços e equipamento adequados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

PADRÃO 4.2

A **equipa multiprofissional** do SIP trabalha em colaboração para desenvolver os programas de intervenção precoce de base comunitária específicos e para cada "caso".

INDICADORES 4.2

	1	2	3	4	5
4.2. a) Existe uma gestão adequada do quadro de pessoal (nomeadamente de acordo com o rácio de profissionais recomendado).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. b) Os profissionais são altamente qualificados para as suas funções e para as tarefas relacionadas com o SIP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. c) As linhas orientadoras para a selecção dos profissionais baseiam-se simultaneamente na sua formação e experiência adequada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2. d) O trabalho de equipa inclui reuniões periódicas onde os membros da equipa partilham informação, analisam registos dos casos e avaliam os resultados dos programas de IP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. e) O desempenho da equipa é regularmente avaliado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

Nível 4. SERVIÇO

PADRÃO 4.3

A **coordenação** assume a concepção de novos projectos, a monitorização dos programas correntes e a avaliação dos resultados globais.

INDICADORES 4.3

	1	2	3	4	5
4.3. a) A direcção/coordenação proporciona orientação, motivação e liderança efectiva e ética.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3. b) A direcção/coordenação promove o conhecimento e interiorização, por parte dos profissionais, da missão, objectivos e programas do SIP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3. c) A direcção/coordenação encoraja o trabalho de equipa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

PADRÃO 4.4

Os **profissionais** participam activamente na **avaliação** do serviço.

INDICADORES 4.4

	1	2	3	4	5

4.4. a) Ter em conta os pontos de vista e aspirações dos profissionais faz parte da cultura e regulamentos do SIP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4. b) São avaliados os seguintes tópicos: situação laboral, condições de trabalho, relações com utentes do serviço (criança, família, instituições, administração local e/ou central) e outros membros da equipa (sejam superiores, iguais ou subordinados), procedimentos e objectivos operacionais do SIP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

Nível 4. SERVIÇO

PADRÃO 4.5

Os profissionais são encorajados a participar em actividades de **avaliação e investigação**.

INDICADORES 4.5

	1	2	3	4	5
4.5. a) A direcção/coordenação encoraja a participação dos profissionais na revisão dos casos e na avaliação geral do programa do SIP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5. b) A direcção/coordenação encoraja a participação dos profissionais em actividades de investigação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

PADRÃO 4.6

O Serviço de Intervenção Precoce dispõe de **contabilidade organizada** que reflecte, com exactidão, os recursos financeiros e distribuição orçamental.

INDICADORES 4.6

	1	2	3	4	5
4.6. a) Os profissionais e os utentes têm acesso a uma descrição detalhada dos recursos financeiros privados e públicos e sua distribuição orçamental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6. b) São feitos cálculos da relação entre custo-benefício ou outras medidas apropriadas de avaliação da eficácia do programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6. c) São produzidos regularmente relatórios financeiros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6. d) É produzido um relatório financeiro anual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

Nível 4. SERVIÇO

PADRÃO 4.7

O espaço do SIP cumpre os **requisitos de segurança** dos equipamentos para prestação de cuidados a crianças.

INDICADORES 4.7

	1	2	3	4	5
4.7. a) Os espaços do SIP são acessíveis e cumprem os requisitos de prevenção de acidentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7. b) Os planos de evacuação do SIP são supervisionados pelos serviços de segurança autorizados (Bombeiros, Protecção Civil).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

PADRÃO 4.8

O SIP proporciona **informação escrita** relacionada com os objectivos, população alvo, serviços prestados, instituição e local, horários e números de contacto telefónico.

INDICADORES 4.8

	1	2	3	4	5
4.8. a) Está disponível uma listagem completa dos serviços prestados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8. b) Existe uma política de reclamações que proporciona a todas as famílias detalhes de como apresentar uma reclamação bem como informações acerca de entidades externas onde as apresentar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8. c) A análise sistemática das necessidades dos utentes conduz à mudança dos procedimentos de funcionamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8. d) O SIP promove acordos de funcionamento com outros serviços de modo a facilitar a referência e redes de trabalho em colaboração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

Nível 4. SERVIÇO

PADRÃO 4.9

O SIP promove **programas de base comunitária** para aumentar a prevenção e a detecção precoce de crianças com perturbações do desenvolvimento ou em situações de risco.

INDICADORES 4.9

	1	2	3	4	5
4.9. a) O SIP promove programas de base comunitária de modo a sensibilizar e informar as famílias no domínio do planeamento familiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9. b) O SIP promove programas de base comunitária de modo a incrementar a educação parental e cuidados para a infância de qualidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9. c) O SIP promove programas de base comunitária de modo a melhorar a rede de cuidados para a infância e educação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Descrição da prática actual

PADRÃO 4.10

O nível de qualidade do SIP é adequado e estabelecem-se **medidas de avaliação** dos recursos e dos procedimentos utilizados.

INDICADORES 4.10

	1	2	3	4	5
4.10. a) Avalia-se o nível de qualidade dos recursos utilizados na equipa/serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10. b) Avalia-se o funcionamento dos diferentes processos implementados na equipa/serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10. c) Há um sistema de avaliação sobre os recursos humanos e materiais do Programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10. d) Revê-se e avalia-se a relação entre as necessidades dos utentes e os serviços que lhe são proporcionados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10. e) Utilizam-se os meios de comunicação, tanto para se dar a conhecer o serviço, como para realizar um trabalho de sensibilização social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10. f) Disponibilizam-se sistemas de análise que permitam avaliar a qualidade dos serviços e redigir anualmente propostas para melhoria do Programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10. g) O Serviço procura obter algum tipo de Certificação de qualidade, efectuada por entidades autorizadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Descrição da prática actual

Nível 5. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PRECOCE

PADRÃO 5.1.

O **Plano de Actividades** é anualmente actualizado e revisto pela direcção/coordenação.

INDICADORES 5.1

	1	2	3	4	5
5.1. a) O Plano de Actividades reúne informação geral sobre os recursos humanos e materiais, população a atender, organigrama, horário e calendarização das actividades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1. b) O Plano de Actividades especifica objectivos e métodos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1. c) O Plano de Actividades é elaborado com a participação dos profissionais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

PADRÃO 5.2.

O **Relatório de Actividades** anual proporciona afirmações claras relacionadas com o Plano de Actividades.

INDICADORES 5.2

	1	2	3	4	5
5.2. a) O Relatório de actividades reúne e analisa dados quantitativos relacionados com financiamentos, actividades comunitárias, formação e investigação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2. b) O Relatório de actividades reúne e analisa dados estatísticos relacionados com os registos dos casos (gestão dos pedidos, tipologia dos casos, listagem de utentes, idade, índice de assiduidade dos utentes, ocorrências e sessões realizadas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2. c) O Relatório de actividades inclui um registo da avaliação dos resultados gerais do programa de intervenção precoce (avaliação dos objectivos e propostas para um novo plano).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

Nível 5. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PRECOCE

PADRÃO 5.3.

Autoridades legalmente reconhecidas disponibilizam os meios financeiros necessários para realizar uma **avaliação externa** do Programa de Intervenção Precoce.

INDICADORES 5.3

	1	2	3	4	5
5.3. a) A avaliação externa é realizada por serviços certificados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3. b) A avaliação externa abrange todos os níveis do Programa (Comunidade, Família, Criança e Serviço).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3. c) A avaliação externa é realizada, no máximo, de três em três anos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

PADRÃO 5.4

A coordenação encoraja a **formação contínua** dos profissionais.

INDICADORES 5.4

	1	2	3	4	5
5.4. a) O SIP mantém registos actualizados das qualificações dos profissionais, curriculum vitae e desenvolvimento profissional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4. b) Os Planos de Formação são delineados com a participação dos profissionais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4. c) A Formação e desenvolvimento dos profissionais abrangem temas globais e específicos (desenvolvimento da criança, dinâmicas familiares, trabalho de equipa, actividades de base comunitária).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4. d) Existe uma dotação financeira para o Plano de Formação dos profissionais do Serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4. e) O tempo dedicado à Formação e ao desenvolvimento dos profissionais é considerado tempo de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

--

Nível 5. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PRECOCE

PADRÃO 5.5

O Programa contempla o registo periódico do grau de **satisfação da família**.

INDICADORES 5.5

	1	2	3	4	5
5.5. a) Os questionários realizados são anónimos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5. b) Os questionários são escritos numa linguagem que as famílias conseguem facilmente perceber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5. c) Os tópicos avaliados incluem: 1. Envolvimento e parceria. 2. Qualidade de vida. 3. Eficácia da intervenção. 4. Coordenação do trabalho de equipa e inter-serviços. 5. Grupos de auto-ajuda. 6. Formação continua de pais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrição da prática actual					

Anexo IX

Tabela 1 – Média das respostas do Guia de Padrões de Qualidade em Intervenção Precoce

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
a1.1a	7	1	5	3,86	1,464
a1.1b	7	1	4	1,86	1,215
a1.1c	7	1	5	2,57	1,618
a1.2a	7	1	3	1,57	,787
a1.2b	7	1	5	2,29	1,496
a1.2c	7	1	3	1,57	,787
a1.2d	7	1	4	2,29	1,380
a1.3a	7	1	4	2,43	1,134
a1.3b	7	1	4	2,29	1,113
a1.3c	7	1	5	3,29	1,496
a1.3d	7	1	4	2,86	1,069
a1.3e	7	1	4	2,29	1,380
a1.4a	7	3	5	3,86	,900
a1.4b	7	3	5	4,29	,756
a1.4c	7	2	5	3,71	,951
a1.4d	7	2	5	4,00	1,155
a1.5a	7	3	5	4,29	,951
a1.6a	7	4	5	4,43	,535
a1.6b	7	4	5	4,43	,535
a1.7a	7	1	5	3,00	1,528
a1.7b	7	1	5	3,57	1,272
a1.7c	7	1	5	2,86	1,464
a1.7d	7	1	5	3,00	1,528
a1.8a	7	1	5	3,00	1,528
a1.8b	7	1	3	1,29	,756
a2.1a	7	4	5	4,71	,488
a2.1b	7	4	5	4,57	,535
a2.1c	7	4	5	4,57	,535
a2.2a	7	3	5	4,00	,816
a2.2b	7	3	5	3,86	,900
a2.2c	7	1	5	2,57	1,512
a2.3a	7	1	4	2,71	1,604
a2.3b	7	1	4	2,43	1,397
a2.3c	7	1	5	2,86	1,773
a2.3d	7	1	4	2,71	1,604
a2.3e	7	1	5	2,71	1,704
a2.3f	7	1	4	2,71	1,604
a2.3g	7	1	3	1,57	,976
a2.4a	7	1	4	1,86	1,215
a2.4b	7	1	2	1,29	,488
a2.4c	7	1	3	1,43	,787
a2.4d	7	1	4	1,57	1,134
a2.4e	7	1	4	1,57	1,134
a2.4f	7	1	3	1,43	,787
a2.4g	7	1	3	1,43	,787

a2.5a	7	1	3	1,43	,787
a2.5b	7	1	5	2,14	1,676
a2.5c	7	1	2	1,14	,378
a2.6a	7	1	5	2,14	1,574
a2.6b	7	1	4	1,57	1,134
a2.6c	7	1	3	1,43	,787
a2.6d	7	1	2	1,14	,378
a2.6e	7	1	2	1,29	,488
a2.6f	7	1	4	1,71	1,254
a2.7a	7	1	5	2,00	1,528
a2.7b	7	1	4	1,71	1,254
a2.7c	7	1	4	2,14	1,464
a2.8a	7	1	4	1,57	1,134
a2.8	7	1	4	1,57	1,134
a2.8c	7	1	4	1,57	1,134
a2.8d	7	1	3	1,43	,787
a2.9a	7	1	5	3,14	2,035
a2.9b	7	1	4	2,29	1,380
a2.9c	7	1	4	1,71	1,113
a2.9d	7	1	2	1,14	,378
a3.1a	7	3	5	4,00	,816
a3.1b	7	3	5	3,86	,690
a3.1c	7	3	5	4,00	,816
a3.1d	7	2	5	3,43	,976
a3.1e	7	1	5	3,29	1,254
a3.2a	7	1	5	2,00	1,528
a3.2b	7	1	5	2,00	1,528
a3.2c	7	1	5	2,00	1,528
a3.2d	7	1	5	2,57	1,813
a3.3a	7	1	5	2,00	1,528
a3.3b	7	1	5	2,00	1,528
a3.3c	7	1	5	2,86	1,574
a3.4a	7	1	5	3,43	1,718
a3.4b	7	1	5	3,00	1,528
a3.4c	7	1	5	3,00	1,633
a3.4d	7	1	5	2,57	1,618
a3.5a	7	1	5	2,57	1,618
a3.5b	7	1	4	1,86	1,215
a3.5c	7	1	5	3,00	1,528
a3.5d	7	1	4	2,00	1,291
a3.5e	7	1	4	2,29	1,604
a4.1a	7	1	4	1,86	1,464
a4.1b	7	1	4	1,71	1,254
a4.1c	7	1	4	1,43	1,134
a4.1d	7	1	4	1,71	1,254
a4.2a	7	1	4	2,00	1,155
a4.2b	7	1	4	2,86	1,345
a4.2c	7	1	4	2,43	1,397
a4.2d	7	1	5	3,00	1,732
a4.2e	7	1	4	2,57	1,272
a4.3a	7	1	4	2,43	1,512

a4.3b	7	1	4	2,57	1,512
a4.3c	7	1	4	3,00	1,414
a4.4a	7	1	4	2,29	1,380
a4.4b	7	1	4	2,14	1,215
a4.5a	7	1	4	2,43	1,134
a4.5b	7	1	4	2,86	1,464
a4.6a	7	1	1	1,00	,000
a4.6b	7	1	1	1,00	,000
a4.6c	7	1	1	1,00	,000
a4.6d	7	1	1	1,00	,000
a4.7a	7	1	5	2,00	1,528
a4.7b	7	1	5	1,71	1,496
a4.8a	7	1	4	2,43	1,397
a4.8b	7	1	3	2,00	1,000
a4.8c	7	1	4	2,14	1,215
a4.8d	7	1	3	2,14	1,069
a4.9a	7	1	5	2,00	1,414
a4.9b	7	1	5	2,57	1,718
a4.9c	7	1	5	2,14	1,464
a4.10a	7	1	4	2,14	1,345
a4.10b	7	1	4	2,14	1,215
a4.10c	7	1	4	2,00	1,155
a4.10d	7	1	4	2,14	1,215
a4.10e	7	1	3	1,71	,756
a4.10f	7	1	3	1,71	,756
a4.10g	7	1	4	1,57	1,134
a5.1a	7	1	5	3,00	1,528
a5.1b	7	1	5	3,00	1,528
a5.1c	7	1	5	3,00	1,528
a5.2a	7	1	4	2,57	1,272
a5.2b	7	1	4	2,57	1,272
a5.2c	7	1	4	2,57	1,272
a5.3a	7	1	1	1,00	,000
a5.3b	7	1	1	1,00	,000
a5.3c	7	1	1	1,00	,000
a5.4a	7	1	3	1,71	,951
a5.4b	7	1	4	2,43	1,512
a5.4c	7	1	4	2,29	1,254
a5.4d	7	1	2	1,29	,488
a5.4e	7	1	3	2,00	1,000
a5.5a	7	1	5	2,00	1,528
a5.5b	7	1	5	2,14	1,676
a5.5c	7	1	3	1,43	,787
Valid N (listwise)	7				