

## Introdução

Em Portugal tem-se vindo a verificar um crescente número de crianças que apresentam de alguma forma necessidade de auxílio, bem como as suas famílias. As respostas desenvolvidas de modo a auxiliar estas crianças e suas famílias têm sido muito importantes para lhes proporcionar um desenvolvimento positivo e bem-estar.

Assim, a elaboração deste projeto surgiu essencialmente da curiosidade em compreender e avaliar o bem-estar subjetivo e a satisfação das famílias com crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) face aos serviços de Intervenção Precoce, nomeadamente relativamente: ao apoio prestado à criança, aos pais/mães e restantes elementos do agregado familiar, à relação entre pais/mães e a equipa de acompanhamento, ao modelo de apoio associado e aplicado, bem como à estrutura e administração deste serviço. Neste sentido pretende-se, de alguma forma, entender e procurar respostas para as preocupações de Bairrão e Almeida (2002, p. 11) quanto à transposição pura e simples de um modelo de intervenção centrado na família para um país, como o nosso, “sem tradição de trabalho neste domínio, com uma prática ainda incipiente e com notável atraso científico”, e trazer à luz dos factos o conhecimento da situação atual neste domínio, dando a conhecer se de facto o modelo que tem sido aplicado é, ou não, satisfatório, face à opinião dos familiares e cuidadores de crianças com NEE, procurando perceber também a sua relação com o bem-estar subjetivo destas famílias.

Ao longo deste último século, a problemática das crianças em risco ou com incapacidade e a relevância da Intervenção Precoce, enquanto resposta neste âmbito, têm sido amplamente divulgadas e estudadas, sendo neste sentido que citamos Leitão (1989, cit. por Pimentel, 1997, p. 146), quanto à sua definição:

em sentido lato, Intervenção Precoce engloba toda uma gama diversificada de serviços – médicos, educativos e sociais – que procuram, através do desenvolvimento de projetos e de programas adequados às necessidades especiais das crianças abrangidas, evitar – componente preventiva da Intervenção Precoce – ou reduzir ao mínimo – componente compensatória e reabilitativa da Intervenção

Precoce – os efeitos negativos que determinados fatores provocam no crescimento e no desenvolvimento infantil.

E é com base nesta definição que os objetivos a que Intervenção Precoce se propõe, se referem à prestação de serviços individualizados, educacionais e terapêuticos, não se centrando apenas na criança, mas também no seu contexto familiar, peça fundamental e fulcral para todo o processo de intervenção. É nas famílias que são criadas novas oportunidades para o desenvolvimento de competências, autonomia e independência, para as tornar mais competentes, autónomas e independentes, no sentido de as ajudar a resolver problemas no futuro (Cruz, Fontes, & Carvalho, 2003). Assim, a intervenção tem como objetivo facultar às famílias recursos formais e informais que lhes permitam enfrentar a situação, aumentando desta forma a sua autoconfiança (Cruz et al., 2003) e, conseqüentemente, o seu bem-estar.

Com base no supracitado, predispono-nos a realizar este estudo no sentido de conhecer o nível da satisfação das famílias, que estão a ser acompanhadas em serviços de intervenção precoce, procurando ainda analisar o seu bem-estar subjetivo, apesar da situação difícil em que se encontram atendendo às necessidades especiais que os seus filhos apresentam.

O presente estudo está dividido em duas partes distintas: uma primeira, de enquadramento teórico, com os principais conceitos, teorias/modelos e outros aspetos relevantes para as temáticas que irão ser abordadas; e uma segunda parte que diz respeito à apresentação do estudo realizado, problema e hipóteses testadas, com referência à metodologia, análise e discussão dos resultados, bem como às considerações finais.

## CAPITULO I

### 1. Intervenção Precoce: Concetualização

A Intervenção Precoce não é mais que um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na sua família, que visa assegurar condições que facilitem o desenvolvimento da criança com deficiência/incapacidade de forma a melhorar as interações familiares e reforçar as suas competências numa perspetiva progressiva de capacitação e autonomia da criança e da família (Decreto-Lei 281/2009, de 6 de outubro). Dunst e Bruder (2002, cit. por Bairrão & Almeida, 2003) afirmam que a Intervenção Precoce é definida como uma prática que diz respeito não só aos serviços, como também aos apoios e recursos necessários, no sentido de dar resposta às necessidades e oportunidades que incentivem as aprendizagens e o desenvolvimento da criança, bem como aos serviços, apoios e recursos necessários para possibilitar às famílias, uma participação ativa e que promova o desenvolvimento dos seus filhos.

O Decreto-Lei 281/2009, de 6 de outubro, afirma, não só o que foi supracitado, como também que ao nível da Intervenção Precoce os seus destinatários são crianças até aos 6 anos de idade, que apresentem deficiência/incapacidade ou risco de atraso grave do desenvolvimento. Entenda-se como risco de atraso grave do desenvolvimento, de acordo com a legislação referida, aqueles fatores que limitem a capacidade de tirar partido de experiências importantes de aprendizagem.

A Intervenção Precoce inclui também uma cultura e uma mudança de atitudes de todos os intervenientes, com base no reconhecimento das necessidades destas crianças, que devem ser devidamente avaliadas e interpretadas no seu contexto familiar e social, baseada numa lógica de ação local, onde a proximidade permita um melhor conhecimento das necessidades, problemas e recursos comunitários, bem como as capacidades existentes para fomentar compromissos e parcerias (Decreto-Lei 281/2009, de 6 de outubro). Com este objetivo em mente, a Intervenção Precoce estabelece-se numa perspetiva comunitária, descentralizada, coordenada e flexível, de carácter transversal e multifacetado, de apoio integrado e dirigido à criança e às famílias, tendo como base um sistema de partilha de responsabilidades e de coordenação, onde existe uma relação intrínseca e indispensável entre as várias entidades, públicas, privadas e a comunidade,

entre outras (Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, 2005).

Esta tem como principais objetivos: i) criar condições facilitadoras para o desenvolvimento holístico da criança, minorando os problemas da deficiência/incapacidade e prevenindo eventuais consequências; ii) melhorar as condições da interação criança/família; iii) reforçar as capacidades e competências, designadamente no que diz respeito à identificação e utilização dos seus recursos e da comunidade, à capacidade de decidir e controlar a sua dinâmica familiar e envolver a comunidade ao longo do processo de intervenção, de forma continuada e articulada no sentido de permitir uma otimização dos recursos existentes e das redes de apoio formais e informais. Exige-se, pois, de acordo com o artigo 4º da legislação que temos vindo a enunciar, um processo integrado de atuação, não só dos serviços da educação, como da saúde, da ação social e de todos os envolvidos, de forma a permitir a união dos três eixos essenciais para a Intervenção Precoce: o envolvimento da família, o trabalho em equipa e o plano individual de intervenção (Decreto-Lei 281/2009, de 6 de outubro).

Nem sempre foi esta a concetualização da Intervenção Precoce. Ao longo da história, como veremos em seguida, o conceito foi evoluindo.

## 2. Evolução Histórica da Intervenção Precoce

Ao longo do tempo foram efetuados diversos estudos sobre a Intervenção Precoce, que influenciaram a forma como agora se encara e lida com as crianças com NEE (Bailey & Wolery, 1992, cit. por Cruz et al, 2003).

Segundo Cruz et al. (2003), no início da década de sessenta deram-se os primeiros passos no sentido de uma intervenção centrada na criança, considerando-a isolada dos seus contextos de vida. Esta era o alvo de serviços médicos, terapêuticos e educativos, prestados no sentido de compensar as suas deficiências/incapacidades e facultar-lhe experiências de aprendizagem que lhe permitissem a aquisição de competências desenvolvimentais. Até aqui a intervenção era baseada no modelo médico, com intervenções psicoterapêuticas e de aconselhamento familiar (Allen & Petr, 1996, cit. por Pimentel, 2005). É importante referir, que os profissionais eram tidos como peritos,

decidindo sem a participação da família sobre o tipo de intervenção (Correia & Serrano, 1998).

O aparecimento do programa Head-Start, em 1965, que implementou uma intervenção dirigida à criança e também à família, o qual fazia a ponte entre um conjunto de serviços, nomeadamente sociais, de saúde e de educação com base na comunidade, veio a ser determinante na Intervenção Precoce especializada atual, especificamente no que diz respeito ao envolvimento parental e ao apoio familiar. Este programa consistia em chamar os pais/mães destas crianças para implementar em casa, intervenções e atividades pré-determinadas pelos profissionais, o que obrigou a uma formação especial, no sentido de os tornar coterapeutas dos seus filhos e também numa tentativa de dar continuidade ao trabalho desenvolvido pelos profissionais (Meisels & Shonkoff, 2000). É a partir desta relação que se dá o início de um modelo “aliado à família”.

O termo “centrado na família”, surge em 1979, com Bronfenbrenner e, desde então, tem vindo a ser amplamente utilizado. Neste modelo, a relação entre a família e os profissionais surge como uma parceria onde o processo de tomada de decisão é partilhado por ambos, com base nas competências das duas partes. Esta relação mútua assenta na partilha total de informação e tem como base três princípios fundamentais, que segundo Pimentel (2005) são: i) considerar a família como o foco do serviço; ii) apoiar a família no que respeita às tomadas de decisão; iii) e reforçar o funcionamento da mesma. Neste sentido, o modelo centrado na família, assume um carácter interdisciplinar, onde a comunicação efetiva entre os diversos profissionais é norteada pela persecução do bem-estar e pela qualidade de, não só da criança, como também da sua família (Allen & Petr, 1996, cit. por Serrano, 2007), estabelecendo-se como o modelo vigente até aos dias que correm.

Também no âmbito do conceito de NEE e inclusão destas crianças se verificou uma enorme evolução ao longo dos tempos. As NEE devem hoje ser entendidas “(...) não em termos de uma dificuldade particular da criança, mas em relação a tudo sobre ela, capacidades e incapacidades, todos os factos importantes no progresso educativo” (Warnock 1978, p. 37). Neste sentido, há que se ter em atenção as suas potenciais necessidades, ao invés de nos concentrarmos nas suas incapacidades, o que nos leva para a expressão “Necessidades Educativas Especiais”. Este conceito sofreu diversas alterações ao longo do tempo, nomeadamente devido à Declaração de Salamanca (1994)

que permitiu uma nova visão face à educação inclusiva envolvendo todas as crianças com deficiência/incapacidade, sobredotação ou até com dificuldades pontuais de aprendizagem. Neste sentido, as responsabilidades dos educadores/professores são acrescidas, implicando uma nova reflexão sobre as estratégias e as atividades a desenvolver de modo a proporcionar um ensino individualizado. Mais tarde, e ainda dentro deste movimento de inclusão, surge o Ante-Projecto Lei de Educação Especial e Apoio Socioeducativo (Parecer n.º 9/2004, de 27 de setembro) que apresenta a regulamentação legal da Educação Especial e do Apoio Socioeducativo. Posteriormente, surge o Decreto-Lei 3/2008, de 7 de janeiro, definindo os apoios especializados, tanto na Educação Pré-Escolar, como nos Ensinos Básico e Secundário, isto segundo o princípio de que “uma escola inclusiva é uma escola onde toda a criança é respeitada e encorajada a aprender até ao limite das suas capacidades” (Correia, 2003, p.32).

A evolução nestes âmbitos de atuação concretiza-se hoje em modelos de intervenção que se enquadram num modelo sistémico e ecológico do funcionamento humano, como veremos em seguida.

### 3. A Intervenção Precoce e o Modelo Centrado na Família

Este modelo assenta numa perspetiva ecológica do desenvolvimento humano e de sistemas sociais do desenvolvimento da criança. Aqui, a família é vista como parte integrante de um conjunto de redes sociais interligadas e interdependentes que influenciam positivamente o seu funcionamento (Dunst, 2000a; Dunst, Trivette, & Deal, 1988), logo a intervenção deverá focar-se a família, no desenvolvimento de capacidades e na aquisição de serviços no sentido de facilitar a adaptação e desenvolvimento de ambas as partes. Outro fator a ter em conta e que valoriza este modelo assenta na identificação das necessidades e prioridades dos elementos da família e não só da criança com necessidades especiais (Serrano, 2007). Aqui a família é tida como um centro de apoio no processo da intervenção, potencialmente competente e corresponsável (Dunst, 2000b).

O modelo de Intervenção Precoce centrado na família, enfatiza a capacitação e habilitação da família para recorrer a apoios formais e informais, no sentido de satisfazer as suas necessidades, cabendo ao profissional criar oportunidades para que essa família possa adquirir as competências e os recursos necessários (Dunst et al., 1988). Já o

conceito corresponsabilizar diz respeito “à capacidade que uma família tem de satisfazer necessidades e cumprir aspirações de modo a promover um claro sentido de domínio intrafamiliar e de controlo sobre aspetos importantes do funcionamento familiar” (Dunst et al., 1988, cit. por Serrano & Correia, 2000, p.41).

Aqui, os profissionais têm a responsabilidade de desenvolver estratégias que permitam à família a aquisição de novas competências e fortalecer as que já tem para que consigam atingir os seus desejos, bem como satisfazer as suas necessidades autonomamente. Segundo Simeonsson (1996), compete aos profissionais estimular os pais/mães, no sentido de os capacitar quanto ao processo de tomada de decisão.

Este modelo preconiza a identificação das necessidades e dos desejos da família, devendo o profissional de Intervenção Precoce, conhecer os pontos fortes, os valores, o funcionamento e a cultura de cada elemento e de cada família, também deve ser capaz de identificar as diferentes fontes de apoio existentes na comunidade, bem como respeitar as necessidades, pretensões e o próprio funcionamento de cada família uma vez que estes são o alvo da Intervenção Precoce, como também é o desenvolvimento da criança (Dunst, 2000b; Serrano, 2007).

Em 2000, Dunst corrigiu alguns conceitos com o intuito de eliminar questões quanto aos alvos da intervenção familiar, para que este novo modelo pudesse incluir novos aspetos que estivessem relacionados com as influências ambientais. O novo modelo, assenta na ideia de uma Intervenção Precoce que abarque: a oportunidade de aprendizagem das crianças; e os apoios às funções parentais, à família/comunidade, atribuindo-se à família um papel central no que respeita às prioridades e objetivos da mesma como uma unidade (Dunst, 2000b; Serrano, 2007).

Os conhecimentos e as redes de apoio social à família mostram-se importantes aquando da planificação e realização de uma Intervenção Precoce de qualidade, de acordo com os interesses da criança e da sua família. Daí que uma das melhores e mais importantes ferramentas para se aprofundar o conhecimento sobre o indivíduo, a família e a comunidade, são os conceitos de apoio e rede social, visto que estes oferecem: i) os meios de aprendizagem referentes ao dia-a-dia dos indivíduos em comunidade; ii) a união entre os diversos aspetos da adaptação psicológica e o apoio social; iii) uma base teórica para o desenvolvimento de uma intervenção preventiva abrangente; iv) e ainda, um meio

de ampliar recursos com o objetivo último de promover a inclusão (Mitchell & Tricket, 1980, cit. por Serrano, 2007).

Neste sentido, o papel dos profissionais revela-se fundamental em aliança com os elementos da família. A caracterização destas equipas é apresentada no ponto que se segue.

#### 4. A Equipa na Intervenção Precoce

A equipa de Intervenção Precoce consiste num conjunto de técnicos das mais variadas áreas de formação que, por norma, estão ligados aos serviços de Educação, Saúde e Ação Social, os quais estão envolvidos e são os responsáveis, assim como a família, pela atuação e condução de todo este processo, ou seja, nas palavras de Alves (2009, p. 68) referem-se a um “(...) grupo de profissionais de diferentes áreas, com dinâmicas multidimensionais, inclusivas e colaborativas, que procuram responder a um conjunto de necessidades das crianças e suas famílias”.

É nesta equipa transdisciplinar, que cada elemento dá o seu contributo e reflete sobre o melhor caminho a tomar, conjuntamente com os pais/mães, num processo de complementaridade mútua, recorrendo a uma abordagem holística e completa, através da partilha e troca de competências entre os profissionais, sendo incompatível com uma prestação de serviços fragmentada (McWilliam, Winston, & Crais, 2012). O trabalho desta equipa deve envolver os elementos da família e centrar-se na funcionalidade estando acessível aos educadores naturais da criança (McWilliam, 2000).

De acordo com o Despacho Conjunto 891/99, de 10 de outubro, a equipa deve ser orientada para dar resposta às necessidades específicas da criança e da família, reforçando o seu envolvimento, a autonomia e a capacidade de tomar decisões. A sua atuação deve basear-se em relações de confiança entre os profissionais e os familiares, no respeito pela privacidade, pelos valores e dinâmicas mais adequadas a cada família, bem como deve utilizar o modelo que melhor se adapte às exigências da intervenção, permitindo uma atuação integrada de apoios às múltiplas necessidades da criança e da família.

O mesmo documento legal também afirma que estas equipas devem avaliar, conjuntamente com as famílias, as respetivas necessidades, prioridades e recursos, no sentido de construírem um plano individual de intervenção baseado nessa avaliação, bem

como eleger um único responsável pela sua implementação, no sentido de garantir a articulação dos apoios a prestar. Esta equipa ainda deve atuar no domicílio, bem como em todos os ambientes em que a criança se encontra, sejam eles as amas, creches, jardim-de-infância ou outro local indicado pela família e, por fim, partilharem entre si e de forma sistemática os seus conhecimentos e informações.

Mais tarde, e com o Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro, foram criadas as Equipas Locais de Intervenção, de carácter municipal. Estas são coordenadas por um dos elementos indicados pela Comissão de Coordenação Regional e visam: i) identificar as crianças e famílias elegíveis para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância; ii) efetuar a vigilância das crianças e famílias que não são elegíveis, devido à natureza dos seus fatores de risco e probabilidades de evolução; iii) encaminhar crianças e famílias não elegíveis, muito embora com necessidade de apoio social, identificando as suas necessidades e os recursos das comunidades, no sentido de dinamizarem as redes formais e informais de apoio social; iv) assegurar a cada criança, os processos adequados de transição, serviços ou contextos educativos, estando toda esta estrutura em constante contacto e diálogo com os docentes das creches e jardim-de-infância em que se encontrem colocadas estas crianças.

Mais uma vez, se torna notória a importância da participação da família nas Equipas Locais de Intervenção e no seu processo de avaliação, no sentido de proporcionar e refinar as informações necessárias para a definição dos objetivos não só da avaliação, como também da intervenção, proporcionando a cada família e a cada criança, uma intervenção que tem em conta o contexto no qual estão inseridos (McWilliam, 2000). Assim sendo, os profissionais devem ser orientados pelo funcionamento familiar, os seus recursos, funções e o ciclo de vida de cada elemento da família, isto para que a planificação das intervenções seja o mais eficaz possível (Serrano, 2007), de modo a criar e construir relações de confiança e colaboração com as famílias no sentido de fomentar o sucesso da intervenção e a inclusão da criança. É desta forma que, segundo Cruz e seus colaboradores (2003), os profissionais deixam de ser “peritos”, para passarem a ser parceiros da família, fomentando o autocontrolo e a autoestima, bem como estimulando o aumento das suas competências.

## 5. Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce

De acordo com o que foi apresentado anteriormente, a Intervenção Precoce sofreu profundas mudanças no que diz respeito às perspectivas adotadas ao longo do tempo até aos nossos dias, de uma perspectiva clínica, para uma centrada na criança e, atualmente, centrada na família.

Muito embora o objetivo último seja a criança, em Intervenção Precoce, torna-se pertinente e obrigatório conceber a intervenção centrada na família e no seu contexto familiar e intervir diretamente sobre ela, tendo em conta as influências recíprocas que criança e família sofrem mutuamente. A família é o epicentro do mundo da criança, daí que assuma um papel fundamental no seu desenvolvimento. Uma intervenção adequada, nestas situações, obriga a tomar atenção à família como um todo, como uma estrutura holística nas suas valências e atributos e não olhar a criança como isolada, sem ter em conta o seu contexto proximal (Cruz et al., 2003). Neste sentido, torna-se também pertinente avaliar a satisfação das famílias em Intervenção Precoce, não só para ser possível estar à altura das expectativas e necessidades da mesma (que irão variar certamente em função de diferentes aspetos que a caracterizam), como também para avaliar a importância que este apoio tem para estas famílias (Bailey & Simeonsson, 1988, cit. por Cruz et al., 2003). Com o intuito de avaliar a satisfação das famílias McNaughton (1994, cit. por Cruz et al., 2003) identifica quatro grandes razões para esta avaliação: i) cabe à família uma maior responsabilidade e controlo do desenvolvimento da criança; ii) os resultados das avaliações sobre o grau de satisfação das famílias podem ser utilizados para o aperfeiçoamento do apoio, bem como acautelar uma rejeição dos programas pelas famílias; iii) esta pode representar um incentivo para a participação dos pais/mães ao longo de toda a intervenção; iv) constitui um bom indicador sobre o grau de eficácia deste serviço junto das respetivas entidades.

Cruz et al. (2003) afirmam que, neste sentido, existe um importante facto a ter em conta, nomeadamente a dificuldade apresentada pelas famílias em avaliar o apoio prestado em todo este processo, devido à falta de um termo de comparação, mas salientam que esta avaliação possibilita melhorar a qualidade do serviço prestado, bem como fomentar a participação e o papel das famílias no e ao longo de todo o processo de intervenção.

Para além da avaliação da sua satisfação com o apoio prestado, para potenciar a qualidade da intervenção é fundamental perceber qual o nível de bem-estar das famílias atendendo às dificuldades que enfrentam inerentes às necessidades dos seus filhos.

## 6. Bem-Estar Subjetivo das Famílias em Intervenção Precoce

O conceito de bem-estar subjetivo é muito abrangente e vasto, visto que sofre influência de vários fatores (Oliveira, 2010), sendo este uma dimensão positiva da saúde (Diener, 2000; Guedea et al., 2006).

Existem vários estudos que afirmam que o bem-estar subjetivo é constituído por duas componentes: a componente cognitiva e emocional (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Galinha & Ribeiro, 2005; Ranzjin & Luszcz, 2000). Desta forma, podemos encarar o bem-estar subjetivo como uma avaliação cognitiva, baseada na satisfação com a vida ou em domínios específicos, como por exemplo, ao nível da capacidade física e intelectual, dos relacionamentos sociais, entre outras. Já a componente emocional, está intimamente relacionada com o equilíbrio entre as emoções positivas e negativas vivenciados por cada indivíduo (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Diener, 2000; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Galinha & Ribeiro, 2005). Watson, Clark e Tellegen (1988), afirmam que a estrutura da afetividade se baseia em duas dimensões, o afeto positivo e o negativo, sendo estas duas dimensões antagónicas, pois a primeira reflete as vivências agradáveis subjetivas com o ambiente envolvente, já o afeto negativo está relacionado com o sentimento negativo subjetivo de cada um, este diz respeito à dimensão geral de sofrimento subjetivo, de vivências desagradáveis (Watson et al., 1988). As emoções como a satisfação, confiança e felicidade são elementos indicadores do tipo de afeto positivo por oposição ao afeto negativo, que inclui sentimentos de solidão, tristeza e culpa (Crawford & Henry, 2004). Entre a satisfação com a vida e a afetividade existe uma relação, ou seja, quanto maior é o afeto positivo, maior é a satisfação com a vida e quanto menor o afeto negativo, menor é a satisfação com a vida (Diener, 1985; Singh & Jha, 2008).

Existem diversos estudos que enumeram alguns dos fatores que influenciam diretamente o bem-estar subjetivo, nomeadamente as variáveis sociodemográficas e familiares, a integração na comunidade, as relações interpessoais, a saúde, a realização

pessoal e a segurança. (Eklund, Backstrom, Lissner, Bjorkelund, & Sonn, 2010; La Grow, Alpass, Stephens, & Towers, 2010; Oswald, Jopp, Rott, & Wahl, 2010). O bem-estar subjetivo pode então ser negativamente afetado pela existência de problemas de saúde, perda de pessoas próximas, falta de independência financeira, entre outras situações (Siedlecki, Tucker-Drob, Oishi, & Salthouse, 2008), nas quais podemos incluir a vivência das famílias com crianças com NEE.

Em suma, o bem-estar subjetivo, é uma das áreas de estudo da psicologia positiva, um movimento recente, mas fundamental para a saúde mental, visto que é a partir da avaliação individual e subjetiva da sua vida que dependerá a sua saúde mental e uma vida saudável, ao nível pessoal, social e psicológico. Este movimento, assenta numa “visão mais aberta e apreciativa dos potenciais, das motivações e das capacidades humanas” (Sheldon & King, 2001, p.216) e abarca temas como o bem-estar, o otimismo, a felicidade, a determinação pessoal, as emoções positivas e negativas, entre outras (Novo, 2003), os quais de extrema importância para a Intervenção Precoce no que diz respeito às famílias aqui inseridas.

## CAPITULO II

### 1. Apresentação do Estudo

A escolha do tema do presente estudo deve-se, em muito, à curiosidade sobre a satisfação das famílias com crianças com NEE face ao trabalho desenvolvido pelas equipas de Intervenção Precoce e as repercussões de todo este trabalho no seu bem-estar subjetivo, atendendo a variáveis do serviço prestado, sociodemográficas e familiares. Assim sendo, e com base na revisão teórica apresentada no capítulo anterior, desenvolveu-se este estudo, seguindo um conjunto de etapas (Anexo A) e procurando compreender se as famílias com crianças com NEE se encontram satisfeitas com o apoio prestado pelas equipas de Intervenção Precoce, nomeadamente quanto: i) ao apoio prestado à criança; ii) à ajuda disponibilizada aos pais/mães e restantes elementos do agregado familiares; iii) à relação entre pais/mães e equipa; iv) ao modelo de apoio; bem como v) à estrutura e aplicação deste serviço. Pretende-se obter resultados que possam contribuir construtivamente para a melhoria destas práticas, com fim último de promover o desenvolvimento positivo destas crianças, as suas famílias e o seu bem-estar. Mais especificamente, procurar-se-á apurar o nível de satisfação das famílias de crianças com NEE face aos serviços da equipa de Intervenção Precoce, identificando em que domínios as famílias estão mais ou menos satisfeitas, assim como compreender a importância deste apoio prestado pelas equipas de Intervenção Precoce no bem-estar subjetivo das famílias, explorando ainda a relevância de outras variáveis neste âmbito.

Neste sentido recorreu-se a uma metodologia quantitativa. A metodologia é entendida como o curso do pensamento na abordagem da realidade, tornando-se indispensável e obrigatória a sua escolha e a definição dos objetivos do estudo, ou seja, a estratégia utilizada para estudar e avaliar as diferentes opções de investigação (Gauthier et al., 1998). Os métodos de investigação existentes harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos, os quais divergem de acordo com as perceções de cada um e da realidade que os rodeia, da ciência e também da natureza humana (Fortin, 1999). Este estudo apresenta-se com um carácter transversal, quantitativo e de tipo *ex post facto*, visto que a recolha de dados se dá num dado momento, estudando factos passados, visando descrever e caracterizar fenómenos e encontrar relações entre variáveis. Apoiase no

paradigma positivista que, nas palavras de Fortin (1999, p.22), se caracteriza como “um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e fenómenos que existem independentemente do investigador” e tem como características a “objetividade, a predição, o controlo e a generalização” ou, como afirmam Polit e Hungler (1995, p.18), “a pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle, além da análise dessa informação, utilizando procedimentos estatísticos”.

## 2. Definição do Problema e Hipóteses

De acordo com o que foi referido anteriormente o problema que orienta esta investigação é o seguinte:

Qual a relação entre o grau de satisfação das famílias de crianças com NEE relativamente aos serviços da Intervenção Precoce em diferentes domínios e o bem-estar subjetivo, atendendo a variáveis do serviço prestado, sociodemográficas e familiares?

Na sequência do problema enunciado, formularam-se as seguintes hipóteses positivas:

H1 – Há diferenças estatisticamente significativas no grau de satisfação das famílias com os serviços de Intervenção Precoce em diferentes domínios, em função de variáveis sociodemográficas e familiares (género, habilitações, estado civil, situação perante o trabalho, número de irmãos e posição da criança apoiada na fratria).

H2 – Há correlações estatisticamente significativas entre o grau de satisfação das famílias com os serviços de Intervenção Precoce em diferentes domínios e a idade do pai/mãe.

H3 – Há diferenças estatisticamente significativas no grau de satisfação das famílias com os serviços prestados de Intervenção Precoce em diferentes domínios, em função do local onde é prestado o apoio.

H4 – Há correlações estatisticamente significativas entre o grau de satisfação das famílias com os serviços prestados de Intervenção Precoce em diferentes domínios e variáveis relativas ao serviço prestado (tempo e frequência do apoio).

H5 – Há diferenças estatisticamente significativas no bem-estar subjetivo das famílias, em função de variáveis sociodemográficas e familiares (género, habilitações, estado civil, situação perante o trabalho, número de irmãos e posição da criança apoiada na fratria).

H6 – Há correlações estatisticamente significativas entre o bem-estar subjetivo das famílias e a idade do pai/mãe.

H7 – Há diferenças estatisticamente significativas no bem-estar subjetivo das famílias em função do local onde é prestado do apoio.

H8 – Há correlações estatisticamente significativas entre o bem-estar subjetivo das famílias com os serviços prestados de Intervenção Precoce em diferentes domínios e variáveis relativas ao serviço prestado (tempo e frequência do apoio).

H9 – Há correlações estatisticamente significativas entre o bem-estar subjetivo e o grau de satisfação das famílias com os serviços de Intervenção Precoce em diferentes domínios.

### 3. Metodologia

#### 3.1. Variáveis

É importante saber especificar as variáveis que compõem os fenómenos que se pretende estudar, no sentido de as utilizar de forma adequada na investigação. Neste sentido, é essencial a sua operacionalização (Dias, 2010) que se apresente em seguida (Tabela 1).

Tabela 1.

*Operacionalização das variáveis.*

Variáveis Independentes	
Sociodemográficas	Idade (em anos)
e Familiares	Género (feminino e masculino)
	Habilitações (Não sabe ler nem escrever; Menos que a 4ª classe; 4ª classe; 6º ano; 9º ano; 11º ano; 12º ano; Bacharelato; Licenciatura)

	Estado civil (Casado/a ou unido de facto, Este é o seu 2º casamento (família reconstituída), É pai/mãe solteiro/a, viúvo/a ou divorciado/a (família monoparental), É pai/mãe adotivo/a (família adotiva)
	Situação perante o trabalho (Desempregado/a, Doméstica/o, Exerce uma profissão, Reformado/a, Estudante, Cumpre serviço militar obrigatório)
	Número de irmãos
	Posição da criança na fratria
Serviço Prestado	Tempo de apoio (em meses)
	Frequência do apoio (mais de duas vezes por semana; duas vezes por semana; uma vez por semana; uma vez de duas em duas; uma vez por mês; menos de uma vez por mês)
	Local (sempre em sua casa; quase sempre na sua casa, e algumas vezes na creche/JI ou sede da equipa de IP; quase sempre na creche/JI ou na sede da equipa de IP, e algumas vezes na sua; sempre na creche/JI ou sede da equipa de IP; alternando em casa e na creche/JI ou sede da equipa de IP)
Variáveis Dependentes	
Grau de satisfação das famílias	Total da satisfação das famílias com o serviço Total da subescala de apoio aos pais/mães e à criança. Total da subescala do ambiente social Total da subescala da relação entre pais/mães e profissionais Total da subescala da modelo de apoio Total da subescala dos direitos dos pais/mães Total da subescala da localização e as ligações do serviço Total da subescala da estrutura e administração do serviço
Bem-estar subjetivo das famílias	Total da afetividade positiva Total da afetividade negativa Total da satisfação com a vida

### 3.2. Amostra

A amostra contou com 32 famílias de crianças dos 0 aos 6 anos em intervenção precoce, que reuniam as condições necessárias de participação e que se dispuseram a participar voluntariamente. A técnica de amostragem utilizada foi por conveniência (não probabilística), para a qual se recorreu ao efeito bola-de-neve, através dos contactos do investigador e do apoio de uma instituição com serviço de Intervenção Precoce, da zona Centro do país.

Os inquiridos eram maioritariamente do género feminino (63.4%). Relativamente às suas idades, estes encontravam-se entre os 27 e os 53 anos, sendo a média de 36.84 anos ( $\pm 5.797$ ). Salienta-se que 56.1% eram mães das crianças em acompanhamento e 14.6% pais. Quanto às habilitações, 25% dos inquiridos tinham o 12º ano (ou antigo propedêutico) e a mesma percentagem também se verificou para os detentores de licenciatura. Relativamente à situação profissional, 24.4% afirmaram estar desempregados, 39% exerciam uma profissão e 14.6% referiram a ocupação doméstica.

No que diz respeito às crianças apoiadas em intervenção precoce, 71.9% eram do género masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 86 meses, com uma média de 58.61 meses ( $\pm 20.021$ ). Destas crianças, 36.7% não tinham irmãos, 50% tinham um irmão e 13.3% mais que 2 irmãos. Estas crianças estavam a ser apoiadas, em média, há 31.80 meses ( $\pm 16.658$ ), com um mínimo de 10 meses e um máximo de 97 meses. O apoio era prestado em 41.4% dos casos quase sempre na creche/jardim-de-infância ou na sede da equipa de intervenção precoce e algumas vezes na sua casa, sendo que este apoio apresentava uma frequência média de 2.75 vezes por mês ( $\pm 0.622$ ).

### 3.3. Técnicas e instrumentos de recolha de dados

Para a recolha de dados foram utilizados três instrumentos que passamos a descrever.

#### 3.3.1. Escala Europeia de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce (ESFIP)

A Escala Europeia de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce (ESFIP), versão portuguesa da escala *European Parental Satisfaction Scale About Early Intervention* (EPASSEI) foi desenvolvida pelo Grupo EURLYAID – Grupo Europeu para a Intervenção Precoce, em 1999, tendo sido adaptada para a população portuguesa, em 2002, pela Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP) (Cruz et al. 2003).

A ESFIP inclui dois grandes blocos (Anexo B), o primeiro com questões que caracterizam a família da criança apoiada, bem como o apoio prestado à família e o segundo de Avaliação da Satisfação das Famílias. O segundo bloco de questões é constituído por uma escala tipo Likert de quatro opções de resposta (Muito bom; Bom; Mau; Muito mau), sendo composta por 66 itens distribuídos por oito dimensões: apoio aos pais (15 itens), apoio à criança (12 itens), ambiente social (3 itens), relação entre pais e profissionais (6 itens), modelo de apoio (15 itens), direitos dos pais (3 itens), localização e ligações do serviço (3 itens) e a estrutura e administração do serviço (9 itens).

Esta escala apresenta um alpha de *Cronbach* de .85, o que nos permite afirmar a sua boa consistência interna. Os estudos asseguram também a sua validade (Cruz et al., 2003).

### 3.3.2. A Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

A Escala de Satisfação com a Vida, no original *Satisfaction with Life Scale* (SWLS), foi elaborada e validada por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) e visa avaliar a dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo, ou seja, a forma como as pessoas experienciam a vida (Simões, 1992). Esta escala foi adaptada à realidade portuguesa, inicialmente por Neto e seus colaboradores, em 1990 e, posteriormente, por Simões (1992).

Este instrumento, na sua versão original, é constituído por cinco itens, cada um com sete opções de resposta: 1 – discordo muito; 2 – discordo; 3- discordo um pouco; 4 – não concordo nem discordo; 5 – concordo um pouco; 6 – concordo; 7 – concordo muito. O instrumento original, no seu estudo de validação (Diener et al., 1985), apresentou uma consistência interna (Coeficiente Alpha de *Cronbach*) de .87 e, no teste-reteste aplicado com um intervalo de dois meses, uma correlação de .82. No âmbito da validade

convergente, a escala foi comparada recorrendo a diversos testes, tendo demonstrado uma forte correlação significativa com a maioria, à exceção do *Affect Intensity Measure*.

No que diz respeito à validação para a população portuguesa (Anexo C), esta foi realizada por Neto, Barros e Barros (1990), tendo por base uma amostra de 308 professores do ensino básico e secundário, obtendo-se um Coeficiente Alpha de *Cronbach* de .78. Mais tarde, em 1992, Simões, realizou uma outra validação deste instrumento, visando alargá-lo à restante população. O autor reformulou o instrumento, tendo reduzido o número de opções de resposta para cinco: 1- discordo muito; 2- discordo um pouco; 3- não concordo nem discordo; 4- concordo um pouco; 5 – concordo muito, tendo obtido um Coeficiente Alpha de *Cronbach* de .77. Quanto à validade convergente e preditiva, os resultados foram também adequados (Simões, 1992).

### 3.3.3. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

A Lista de Afetos Positivos e Negativos, no original *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS), foi desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988), no sentido de avaliar o bem-estar subjetivo na dimensão da afetividade. Esta escala é constituída por 20 itens que pretendem avaliar o afeto positivo (10 itens) e o afeto negativo (10 itens), numa escala de Likert, com cinco pontos que variam entre o muito pouco ou nada e o muitíssimo.

A versão portuguesa da PANAS (Anexo D), desenvolvida por Simões (1993), inclui onze itens para avaliar cada uma das dimensões, tendo um item a mais em cada componente comparada com a escala original. Esta adaptação para a população portuguesa conta com um Coeficiente Alpha de *Cronbach* de .82, para a subescala do afeto positivo e .85, para a do afeto negativo (Simões, 1993).

## 3.4. Procedimento

A autorização quanto à utilização dos vários instrumentos referidos anteriormente, por parte dos autores, implicou o procedimento de envio dos respetivos pedidos (Anexos E, F e G).

Para a concretização deste estudo, e no sentido de chegarmos aos participantes, começamos por enviar um pedido de colaboração para a realização do mesmo, aos diretores de diversas instituições cuja atividade incluía o apoio em intervenção precoce (Anexo H). Apenas uma instituição das três contactadas aceitou colaborar, comprometendo-se a entregar os questionários às famílias em Intervenção Precoce, com o apoio dos técnicos (Anexo I). Realizou-se, em seguida, um contacto com a respetiva coordenação da equipa de Intervenção Precoce, para se proceder à apresentação mais pormenorizada do presente estudo (objetivos e procedimento de recolha de dados), nomeadamente a forma como os técnicos poderiam apresenta-lo às famílias e solicitar a sua colaboração. Foram referidos, ainda, os instrumentos a utilizar, bem como esclarecidas as dúvidas colocadas. Foram aqui também discutidas algumas formas para o primeiro contacto com as respetivas famílias, no âmbito das sessões de apoio frequentadas pelas mesmas.

Atendendo à baixa taxa de devolução dos questionários distribuídos pela instituição que aceitou colaborar (apenas quatro foram entregues ao investigador), também foram aplicados questionários a outras famílias em intervenção precoce não apoiadas por aquela instituição, que demonstraram interesse em participar no estudo, através do efeito de bola-de-neve, partindo da rede de contactos pessoais do investigador.

Juntamente com os questionários distribuídos pelas famílias foram enviados os respetivos pedidos de autorização e a declaração de consentimento informado (Anexo J) e os dados foram recolhidos entre Maio e Julho de 2016.

### 3.5. Análise e Tratamento de Dados

Após a definição da problemática, Famílias com crianças com Necessidades Educativas Especiais: Bem-estar subjetivo e satisfação com a Intervenção Precoce, procedeu-se á recolha dos dados através de três escalas: a Escala Europeia de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce (ESFIP), a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) e a Positive and Negative Affect Schedule (PANAS).

Finda a recolha de dados, procedeu-se à análise e interpretação dos dados obtidos, através da utilização de software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 23), recorrendo-se aos testes não paramétricos devido ao número reduzido

de participantes ( $n < 30$ ) em cada grupo de sujeitos afetos à comparação (Pestana & Gageiro, 2008) e assumindo-se um grau de confiança de 95%, valor de referência nas Ciências Sociais e Humanas.

#### 4. - Apresentação e Discussão dos Resultados

##### 4.1. Apresentação dos Resultados

###### 4.1.1. Análise descritiva

Com base nos resultados obtidos na Escala Europeia de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce (ESFIP), podemos inferir que os participantes demonstraram uma satisfação com o serviço prestado pelo apoio em intervenção precoce, como se pode constatar na Tabela 2, e tendo por base os resultados do somatório de todos os domínios desta escala, de forma a permitir uma análise mais global e holística da satisfação, permitindo afirmar que o nível de satisfação das famílias foi bastante elevado, com uma média de 204.12 ( $\pm 41.09$ ), com um mínimo de 36 e um máximo de 248.

No que diz respeito às subescalas, a média de cada uma delas está mais próxima dos valores máximos, como é possível verificar na Tabela 2.

Tabela 2.

*Análise descritiva das dimensões da ESFIP, quanto à satisfação das famílias com a Intervenção Precoce.*

	N	Mín.	Máx.	M	DP
Total apoio pais	32	15	60	42.09	9.52
Total apoio criança	32	3	48	38.71	9.18
Total ambiente social	32	0	12	8.03	3.64
Total relação pais e profissionais	32	11	24	21.41	3.39
Total modelo de apoio	32	0	60	49.66	11.46
Total direitos dos pais	32	0	12	10.19	2.49

Total localização e ligações do serviço	32	0	12	8.34	2.29
Total estrutura e administração do serviço	32	0	35	25.69	5.99
Total	32	36	248	204.12	41.09

O bem-estar subjetivo integra valores relativos à satisfação com a vida, ao afeto positivo (PA) e negativo (NA). A análise descritiva das três componentes do bem-estar subjetivo prende-se com o facto de que estas, ainda que relacionadas, são independentes umas das outras, devendo ser estudadas individualmente, de forma a obtermos uma visão mais correta do mesmo (Lucas, Diener, & Suh, 1996). A variabilidade das pontuações da SWLS situou-se entre os 0 e 25 pontos, apresentando uma média de 18.87 ( $\pm 5.05$ ). No caso das subescalas PA e NA do PANAS, as pontuações situaram-se entre os 0 e os 53 pontos, para a afetividade positiva (PA), cuja média foi de 38.53 ( $\pm 10.23$ ). Já na afetividade negativa (NA), encontramos uma pontuação média de 16.90 ( $\pm 7.96$ ), com um mínimo de 0 e um máximo de 49. Neste sentido, a afetividade positiva aproximou-se mais do máximo (Tabela 3).

Tabela 3.

*Análise descritiva da SWLS e PANAS, quanto ao bem-estar subjetivo.*

	N	Mín.	Máx.	M	DP
Total SWLS	32	0	25	18.87	5.05
Total PA	32	0	53	38.53	10.23
Total NA	32	0	49	16.90	7.96

#### 4.1.2. Análise inferencial

Hipótese 1 – Há diferenças estatisticamente significativas no grau de satisfação das famílias com os serviços de Intervenção Precoce em diferentes domínios, em função de variáveis sociodemográficas e familiares (género, habilitações, estado civil, situação perante o trabalho, número de irmãos e posição da criança apoiada na fratria).

No que diz respeito à hipótese 1, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente em função do número de irmãos, no Total do Ambiente Social ( $p=.004$ ) e no Total da Relação Pais e Profissionais ( $p=.034$ ). Os resultados foram mais favoráveis em ambas as dimensões de satisfação com a Intervenção Precoce nas famílias com menos filhos. Também foram encontradas diferenças significativas, em função da posição da criança na fratria, no Total de Apoio aos Pais ( $p=.014$ ) e no Total da Estrutura e Administração do Serviço ( $p=.020$ ). Verificaram-se níveis superiores de satisfação nestas dimensões, quando a criança apoiada era o segundo filho.

Hipótese 2 - Há correlações estatisticamente significativas entre o grau de satisfação das famílias com os serviços de Intervenção Precoce em diferentes domínios e a idade do pai/mãe.

Quanto à hipótese 2, não foram encontradas correlações significativas.

Hipótese 3 – Há diferenças estatisticamente significativas no grau de satisfação das famílias com os serviços prestados de Intervenção Precoce em diferentes domínios, em função do local onde é prestado o apoio.

Quanto à terceira hipótese (H3), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no grau de satisfação das famílias com os serviços prestados de Intervenção Precoce em alguns domínios, em função do local onde é prestado esse apoio, nomeadamente: Total Apoio aos Pais ( $p= .010$ ); Total dos Direitos dos Pais ( $p= .033$ ); Total da Localização e Ligações do Serviço ( $p= .012$ ); Total da Estrutura e Administração do Serviço ( $p= .011$ ) e no somatório dos totais dos vários domínios que compõem a ESFIP ( $p= .041$ ). As famílias que recebiam o apoio alternado entre a sua casa e a creche ou a sede da equipa de intervenção, apresentaram-se mais satisfeitas com estas dimensões e também na globalidade (total ESFIP).

Hipótese 4 – Há correlações estatisticamente significativas entre o grau de satisfação das famílias com os serviços prestados de Intervenção Precoce em diferentes domínios e variáveis relativas ao serviço prestado (tempo e frequência do apoio).

Quanto à hipótese 4, foram encontradas duas correlações estatisticamente significativas entre a frequência do apoio prestado e o Total do Direito dos Pais e entre a

frequência do apoio prestado e o Total da Estrutura e Administração dos Serviços. A primeira correlação foi positiva e fraca ( $\rho = .371$ ,  $p = .037$ ) e a segunda, também positiva e fraca ( $\rho = .353$ ,  $p = .048$ ), ou seja, quanto maior a frequência do apoio, mas satisfeitos se revelaram os pais/mães com os seus direitos e estrutura e administração dos serviços de Intervenção Precoce.

No que diz respeito à relação entre o tempo de apoio e as diferentes dimensões, não foi possível identificar qualquer correlação estatisticamente significativa.

Hipótese 5 – Há diferenças estatisticamente significativas no bem-estar subjetivo das famílias, em função de variáveis sociodemográficas e familiares (género, habilitações, estado civil, situação perante o trabalho, número de irmãos e posição da criança apoiada na fratria).

No que concerne à hipótese 5, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no bem-estar subjetivo em função das variáveis sociodemográficas e familiares (género, habilitações, estado civil, situação perante o trabalho, número de irmãos e posição da criança apoiada na fratria).

Hipótese 6 – Há correlações estatisticamente significativas entre o bem-estar subjetivo das famílias e a idade do pai/mãe.

Relativamente a esta hipótese, não foi encontrada qualquer correlação significativa, entre o bem-estar subjetivo das famílias e a idade dos progenitores da criança.

Hipótese 7 – Há diferenças estatisticamente significativas no bem-estar subjetivo das famílias em função do local onde é prestado do apoio dos serviços prestados de Intervenção Precoce.

O local onde é prestado o apoio de intervenção precoce não se revelou discriminatório do bem-estar subjetivo das famílias.

Hipótese 8 – Há correlações estatisticamente significativas entre o bem-estar subjetivo das famílias e variáveis relativas ao serviço prestado (tempo e frequência do apoio).

Quanto à hipótese 8, apenas foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa entre a frequência do apoio e o Total de NA (Afeto Negativo), verificando-se fraca e negativa, com  $\rho = -.361$  e  $p = .042$ . Neste sentido, quanto maior a frequência do apoio menos afetos negativos revelaram os pais/mães.

Hipótese 9 – Há uma relação estatisticamente significativa entre o bem-estar subjetivo e o grau de satisfação das famílias com os serviços de Intervenção Precoce em diferentes domínios.

Relativamente à hipótese 9, foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa, fraca e negativa, entre o Total de Afetividade Negativa e o Total da Estrutura e Administração do Serviço, apresentando um  $\rho = -.378$  e  $p = .033$ . Assim, quanto maior a satisfação com a estrutura e administração do serviço, menor a afetividade negativa dos pais/mães.

#### 4.2. Discussão dos Resultados

Com base numa análise global da satisfação das famílias com o apoio em Intervenção Precoce, é possível afirmar que as famílias se encontram, de modo geral, satisfeitas com os serviços prestados, isto com base nos valores médios obtidos na ESFIP, próximos ao valor máximo da escala. Na opinião de Cruz et al. (2003), a satisfação das famílias é um ótimo indicador para a avaliação do serviço prestado pela intervenção precoce, mostrando os pontos mais fortes e aqueles que necessitam ser melhorados.

Torna-se mais uma vez necessário, realçar a importância do apoio às famílias com crianças com Necessidades Educativas Especiais, visto que estas passam por um processo de luto, ao longo do qual sentem dificuldades em compreender e aceitar a situação do ou dos filhos. Cuidar de uma criança com estas dificuldades pode pôr em causa o desenvolvimento, assim como o bem-estar e o funcionamento geral da família, sendo que a intervenção deve direcionar todos os esforços, os recursos e os apoios necessários no sentido da criança e da família, facultando as ferramentas necessárias para que criem as soluções adequadas (Serrano, 2007). Sendo assim, o apoio da Intervenção Precoce também se reflete no aumento dos níveis de bem-estar, não só da criança como também de toda a família, daí a importância de se trabalhar com a família e não ter como foco

único a criança (Cruz et al. 2003). No nosso estudo, em relação ao bem-estar subjetivo, na sua dimensão cognitiva avaliada através da SWLS, concluímos que as famílias inquiridas estão satisfeitas quanto à sua vida. No que se refere aos resultados na PANAS, pode-se afirmar também que a afetividade positiva prevalece tendo obtido um valor bem superior ao da afetividade negativa, o que aponta para níveis adequados de bem-estar, na sua componente afetiva nestas famílias, apesar de terem que lidar com as dificuldades inerentes à condição em que se encontram o(s) seu(s) filho(s).

Quanto às hipóteses propostas, na primeira foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, em função do número de irmãos, no Total do Ambiente Social e no Total da Relação Pais e Profissionais, bem como em função da posição da criança na fratria, no Total de Apoio aos Pais e no Total da Estrutura e Administração do Serviço. Estes resultados vão ao encontro dos estudos de Baltes e Mayers (1999), Myers (2000), Simões et al. (2001) e Smith et al. (1999), muito embora estes não partilhem os mesmos objetivos, nem a mesma dimensão e natureza da amostra que o presente estudo. Já na hipótese 2, não foram verificadas quaisquer correlações significativas, ainda que no estudo realizado por Cruz et al. (2003) tenham sido encontradas correlações entre a idade e grau de satisfação.

O mesmo estudo também apresenta resultados similares aos obtidos na testagem da hipótese 3, onde foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no grau de satisfação das famílias com os serviços prestados de Intervenção Precoce, em função do local onde é prestado esse apoio, nomeadamente nos domínios: Total Apoio aos Pais, no Total dos Direitos dos Pais, no Total da Localização e Ligações do Serviço, no Total da Estrutura e Administração do Serviço e no somatório dos totais dos vários domínios que compõem a ESFIP. No que diz respeito à hipótese 4, foram encontradas duas correlações estatisticamente significativas entre a frequência do apoio prestado e os Totais do Direito dos Pais e da Estrutura e Administração dos Serviços, aqui os resultados obtidos são contrários aos obtidos por Correia (2014) e Pereira (2013), onde não se verificaram estas correlações.

A testagem da hipótese 5 não apresentou qualquer correlação significativa entre o bem-estar subjetivo e as variáveis sociodemográficas, o que não era de esperar, pois nos estudos de Lima et al. (2001) e Simões et al. (2000) foram encontradas diferenças significativas no bem-estar subjetivo em função do estado civil e idade. Estes estudos

também obtiveram resultados diferentes aos que encontramos ao testar a hipótese 6, relativa à variável idade, pois encontraram correlações que neste estudo não se verificaram.

Ao testar a hipótese 7, o local onde é prestado o apoio de intervenção precoce não se revelou discriminatório do bem-estar subjetivo das famílias, mas na testagem da hipótese 8, a frequência do apoio correlacionou-se com o Total de NA (Afeto Negativo), sendo estes resultados coerentes com os obtidos noutro estudo de Cruz et al. (2003), no distrito de Coimbra.

Por ultimo, na hipótese 9, foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa, positiva e fraca, entre o Total de Afetividade Negativa e o Total da Estrutura e Administração do Serviço. Este resultado vai ao encontro dos obtidos por Baltes e Mayer (1999), Myers (2000), Simões et al. (2001) e Smith et al. (1999).

## Conclusão

A realidade da Intervenção Precoce em Portugal, embora esteja no caminho certo ainda não se encontra na vanguarda desta área de conhecimento, deparando-se com diversos obstáculos decorrentes da grande diversidade de serviços e filosofias adotadas, bem como das limitações de financiamento e de apoios disponibilizados, que atrasam e dificultam a sua evolução e desenvolvimento. Neste sentido, revela-se fundamental continuar a avaliar a implementação deste apoio em contexto nacional.

A análise da satisfação das famílias representa uma ótima forma de avaliar o desempenho e o trabalho desenvolvido pelos serviços de intervenção precoce, visto que possibilita identificar pontos fortes e aqueles que ainda precisam de ser melhorados, quanto ao apoio prestado. De acordo com os resultados obtidos neste estudo, as famílias em geral estavam satisfeitas com o apoio que lhes era prestado, muito embora seja pertinente manter e melhorar este nível de satisfação com repercussões também ao nível do bem-estar como pudemos constatar. Na nossa amostra foi evidente a predominância da componente do afeto positivo sobre a do negativo, repercutindo-se num bem-estar subjetivo mais elevado das famílias em estudo apoiadas pela Intervenção Precoce.

Em síntese, o estudo visou analisar a satisfação das famílias com crianças apoiadas em Intervenção Precoce, assim como o seu bem-estar subjetivo, no sentido de fomentar o desenvolvimento desta temática constituindo-se como um contributo para a melhoria da qualidade dos serviços de Intervenção Precoce, numa ótica da criança, da família e dos profissionais. Com efeito, é importante reconhecer o papel destas avaliações na prática quotidiana dos profissionais desta área, como ainda no bem-estar das famílias e crianças que são apoiadas por estes serviços.

Uma das limitações encontradas na realização deste estudo prende-se com a amostragem de conveniência, bem como uma percentagem de retorno aquém do esperado. Paralelamente, registamos a morosidade na recolha de dados como uma dificuldade e alguns dados incompletos que atribuímos à extensão da bateria de instrumentos.

Quanto aos contornos e implicações futuras para a temática explorada, pensamos que seria interessante estudar a satisfação das famílias apoiadas em intervenção precoce por relação com a satisfação dos técnicos e profissionais que atuam nesta área e, se

possível, relacionar estes fatores com a criança apoiada e o seu desenvolvimento e satisfação, não só com o apoio prestado pelos serviços de intervenção precoce, como também com o desempenho e bem-estar que o apoio em intervenção precoce lhe proporcionou, ou seja, englobando uma análise biopsicossocial desta família.

Em suma, a pequena dimensão da amostra poderá ter enviesado os resultados, mas o carácter exploratório deste estudo também nos permite inferir relações entre as variáveis, muito embora estas não se possam generalizar à população em geral. Há necessidade, assim, de replicar o estudo em contextos mais alargados e conjugar o esforço de investimento quantitativo com uma abordagem qualitativa, de modo a aprofundar o conhecimento na temática.

## Bibliografia

- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 153-164.
- Allen, R. I., & Petr C. G. (1996). Toward developing standards and measurements for family-centered practice in family support programs. In G.H.S. Singer, L.E. Powers, & A. L. Olson (Eds.), *Redefining Family Support: Innovations in Public Private Partnerships* (pp.57 – 85). Baltimore: Paul H.Brookes.
- Almeida, I. C. (1997). *Perspectiva ecológica em intervenção precoce. Cadernos do CEACF*, 13/14, 29-40.
- Almeida, I. C. (2000). Evolução das teorias e modelos de intervenção precoce – caracterização de uma prática de qualidade. *Cadernos do CEACF*, 15/16, 29-46.
- Almeida, I. C., Carvalho L., Ferreira V., Grande C., Lopes S., Pinto A. I., Portugal G., Santos P. & Serrano A. M. (2011). Práticas de intervenção precoce baseada nas rotinas: Um projeto de formação e investigação. *Análise psicológica*, 1(XXIX), 83 - 98.
- Alves, M. (2009). *Intervenção Precoce e Educação Especial. Práticas de Intervenção Centradas na Família*. Viseu: Psicossoma.
- Bailey, D. B., & Simeonsson, R. J. (1988). *Family assessment in early intervention*. Columbus: OH Charles E. Merrill.
- Bailey, D.B., & Wolery, M. (1992). *Teaching Infants and Preschoolers with Disabilities* (2ª Ed). New York: Merrill Publishing Company.
- Bairrão, J. (1994). A perspectiva ecológica na avaliação de crianças com necessidades educativas especiais e a suas famílias: o caso da intervenção precoce. *Inovação*, 7, 37-48.

- Bairrão, J. (1999, outubro). *Early intervention in Portugal*. Comunicação apresentada no âmbito do Encontro Excellence in Early Childhood Intervention – Vasteras, Sweden.
- Bairrão, J., & Almeida, I.C. (2002). *Contributos para o estudo das práticas de intervenção precoce em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Bautista, J. R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Correia, L.D. (2003). *Educação especial e inclusão*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (1997). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M., & Serrano, A. M. (1998). *Envolvimento parental em Intervenção precoce – Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M., & Serrano, A. M. (2000). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família*. Porto: Porto Editora.
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large nonclinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 245-265.
- Cruz A., Fontes, F., & Carvalho, M. L. (2003). *Avaliação das Famílias Apoiadas pelo PIIP: Resultados da aplicação da ESFIP*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Decreto-Lei n.º 172/91, de 10 maio - Regime de direção, administração e gestão dos estabelecimentos de educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário.
- Decreto-Lei nº 319/91, de 23 de agosto – Necessidades Educativas no Pré-Escolar.

Decreto-Lei n.º 35/90, de 25 de janeiro - Regime de Gratuitidade da Escolaridade Obrigatória.

Decreto-Lei n.º 6/2001, de 18 de janeiro - Revisão curricular do ensino básico.

Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de Outubro - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro – Apoios Especializados.

Despacho Conjunto n.º 891/99, de 19 de outubro - Orientações reguladoras da intervenção precoce para crianças com deficiência ou em risco de atraso grave do desenvolvimento e suas famílias.

Despacho Conjunto n.º 105/SEEI/SEAE/97, de 1 de julho - Prestação de serviços de apoio educativo.

Despacho n.º 178-A/ME/93, de 30 de julho – Apoios Pedagógicos.

Despacho n.º 98/A/92, de 20 de junho – Sistema de Avaliação dos Alunos do Ensino Básico

Dias, M. O. (2010). *Planos de Investigação – Avançando passo a passo*, Santa Maria da Feira: Maria Olívia Dias e Rainho & Neves, Lda.

Diener, E. (2000). Subjective Well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale, *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective Well-being: Three Decades of Progress. *American Psychological Association*, 125, 276-310.

Duhamel, F., & Fortin, M. (1999). Os estudos de tipo descritivo. In M. Fortin (Ed.), *O processo de investigação. Da concepção à realização* (pp. 161 - 172). Camarate: Lusociência.

- Dunst, C. J. (1996). Early Intervention in U.S.A.. In M. Brambring, H. Rauh, & A. Beelmann (Eds.), *Early childhood intervention: Theory, evaluation and practice* (pp.11 - 52). Berlin, New York: De Gruyter.
- Dunst, C. J. (1997). Conceptual and empirical foundations of family centered practice. In R. Illback, C. Cobb, & H. Joseph (Eds.), *Integrated services for children and families: Opportunities for psychological practice* (pp. 75 - 91). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dunst, C. J. (1998). Apoiar e capacitar as famílias em Intervenção Precoce: O que aprendemos? In L. M. Correia & A. M. Serrano (Orgs.), *Envolvimento parental em Intervenção Precoce: das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (pp. 123 - 141). Porto: Porto Editora.
- Dunst, C. J. (2000a). Revisiting "Rethinking early intervention". *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 95-104.
- Dunst, C. J. (2000b). *Evidence-based early childhood intervention and family support: Reflective questions for improving practices*. Morganton: Family, Infant and Preschool Program.
- Dunst, C.J., & Bruder, M. B. (2002). Values Outcomes of Service Coordination, Early Intervention and Natural Environments. *Council for Exceptional Children*, 68(3), 365- 375.
- Dunst, C. J., Raab, M., Trivette, C., & Swanson, J. (2010). Community-based everyday child learning opportunities. In R. MacWilliam (Ed.), *Working with families of children with special needs* (pp. 60 - 81). New York. NY: The Guilford Press.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1994). *Supporting & Strengthening families: Methods, strategies and practices*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Dunst, C. J.; Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brook-line Books.

- Eklund, M., Backstrom, M., Lissner, L., Bjorkelund, C., & Sonn, U. (2010). Daily activities mediate the relationship between personality and quality of life in middleaged women. *Quality Life Research, 19*, 1477-1486.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Décire Editeur.
- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. P. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica, 2*, 219-227.
- Gonçalves, C. F. & Correia, L. M. (1993). Envolvimento parental e intervenção precoce. *Revista Portuguesa de Educação, 6*(2), 71-80.
- Guedea, M. A., Albuquerque, F. J., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A., Seabra, M. A., & Guedea, R. L. (2006). Relação do Bem-Estar Subjectivo, Estratégias de Enfrentamento e Apoio Social em Idosos. *Psicologia Reflexão e Crítica, 19*, 301-308.
- La Grow, S., Alpass, F., Stephens, C., & Towers, A. (2010). Factors affecting perceived quality of life of older persons with self-reported visual disability. *Quality Life Research, 19*, 1477-1486. doi:10.1007/s11136-010-9758-6.
- Lei n.º 46/86, de 14 de outubro - Lei de Bases do Sistema Educativo
- Leitão, F. R. (1989). *Intervenção Educativa Precoce: Um Modelo. IV Encontro de Educação Especial*. Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian.
- Leitão, F.R. (2004). *A Intervenção Precoce e a Criança com Síndrome de Down: Estudos sobre interacção*. Porto: Porto Editora.

- McNaughton, D. (1994). Measuring parent satisfaction with early childhood intervention programs: Current practice, problems and future perspectives. *Topics in Early Childhood Special Education*, 5(2), 88-104.
- McWilliam, P. (2012). *Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais*. Porto: Porto Editora.
- McWilliam, P. J.; Winston, J. P., & Crais, E. R. (2003). *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família*. Porto: Porto Editora.
- McWilliam R. A. (2000). Recommended practices in interdisciplinary models. In S. M. Serrano (Org.), *Envolvimento parental em intervenção precoce* (pp. 65 – 76). Porto: Porto Editora.
- McWilliam, R. A. (2003). Giving families a chance to talk so they can plan. *American Association for Home-Based Early Interventionists*, 8(3),1.4-6
- Meisels, S. J., & Shonkoff, S. P. (1990). *Handbook of early intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Meisels, S. J., & Shonkoff, S. P. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. In S. J. Meiseles & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2ª ed., pp. 3-31). Cambridge: Cambridge University Press.
- Neto, F., Barros, A., & Barros, J. (1990). Atribuição de responsabilidade e locus de controlo. *Psiquiatria Clínica*, 11(1), 47-54.
- Oliveira, J.B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: LivPsic.
- Oswald, F., Jopp, D., Rott, C., & Wahl, W. (2010). Is Aging in Place a Resource for or Risk to Life Satisfaction? *The Gerontologist*, 10, 1093-1106.
- Pereira, A. P. S., & Serrano A. M. (2010). Abordagem Centrada na Família em Intervenção Precoce: perspectiva histórica, conceitual e empírica. *Revista Diversidades*, 27, 4-11

- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimentel, J. S. (1997), *Um bebé diferente – Da Individualidade da Intervenção Precoce à Especificidade da Intervenção*, Lisboa: Secretariado Nacional para Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Pimentel, J. S. (1999). Reflexões sobre a avaliação de programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica, 1*(XVII), 143-152.
- Pimentel, J. S. (2004). *Intervenção focada na família: Desejo ou realidade. Perceções de pais e profissionais sobre as crianças de apoio precoce a crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias*. Lisboa: Edições SNR.
- Pimentel, J. S. (2005). *Intervenção Focada na Família: desejo ou realidade*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com deficiência.
- Polit, D., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ranzjin, R., & Luszcz, M. (2000). Measurement of subjective quality of life of elders. *International Journal of Aging And Human Development, 50*, 263-278.
- Serrano, A. M., & Correia L. M. (2000). Intervenção precoce centrada na família: Uma perspetiva ecológica de atendimento. In Correia L. M. & Serrano A. M. (eds.), *Envolvimento parental em intervenção precoce: das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (pp, 11-32). Porto: Porto Editora.
- Serrano, A. M. (2007). *Rede Sociais de Apoio e Sua Relevância para a Intervenção Precoce*. Porto: Porto Editora.
- Siedlecki, K. L., Tucker-Drob, E. M., Oishi, S., & Salthouse, T. A. (2008). Life satisfaction across adulthood: different determinants at different age?. *The Journal of Positive Psychology, 3*(3), 153-164.

- Simeonsson, R. (1996). Family Expectations, Encounters, and Needs. In M. Brambring, H. Rauh, & A. Beelmann (Eds.), *Early Childhood Intervention: Theory, evaluation and practice* (pp. 196-207). New York: de Gruyter.
- Simões, A. (1992). Ulterior Validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI(3), 503-515.
- Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVII (3), 387-404.
- Singh, K., & Jha, S. (2008). Positive and Negative Affect, and Grit as predictors of Happiness and Life Satisfaction. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34, 40-45.
- Sousa, L. (1998). *Crianças (con)fundidas entre a Escola e a Família*. Porto: Porto Editora.
- UNESCO. (1994) Declaração de Salamanca. Enquadramento da Acção Necessidades Educativas Especiais: Unesco: ED 94/WS/18.
- Warnock, H. M. (1978). Report of the Committee of Enquire into the Education of Handicapped Children and Young People. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063-1070.

## **Anexos**

Anexo A: Calendarização

		DURAÇÃO DO PROJETO										
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov
ATIVIDADES	<i>Pesquisa bibliográfica</i>											
	<i>Contactos para recolha de dados</i>											
	<i>Recolha de dados</i>											
	<i>Redação da parte teórica</i>											
	<i>Análise dos dados</i>											
	<i>Redação final do projeto</i>											

Anexo C: Escala Europeia de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce (ESFIP)

ESAPF: Echelle Europeenne de la Satisfaction des  
Parents par rapport à l'Intervention Précoce  
Personne de contact  
Désir KOMB AERTS  
Dienst vroegtijdige thuisbegeleiding "De  
Brusselsesteenweg 7B B-9090 NeldelBelgië  
Tél:+32/2/2325353 Fax:+32/2/232358  
E-Mail:des.kangoerow.villag@gnor.be



EPASSEI: Echelle Europeenne de la Satisfaction des Parents  
par rapport à l'Intervention Précoce  
Early Intervention  
Personne de contact  
Désir KOMB AERTS  
Institut de Pédagogie Curative Université de Fribourg  
19 Rue St Pierre @anisius CH-1700 Fribourg @wiberlan  
Tél:+41/26/307723 - Fax:+41/26/309749  
E-Mail:des.komb@unifr.ch



**EPASSEI**  
European Parental Satisfaction  
Scale about Early Intervention

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

**EZUSÜF**  
Europäische Eltern-Zufriedenheits-Skala  
Über Frühförderung

**ESSOV**  
Europese Schaal voor Satisfactie van de  
Ouders in de Vroegebegeleiding

© EarlyAid 1999

**ESFIP**  
Escala Europeia de Satisfação  
das Famílias em Intervenção Precoce

Entrevistador:.....
Data: ..... / ..... / .....
Hora Início: .....h.....m
Hora Fim: .....h.....m

### Parte 1: Dados Gerais

**A) Para começar gostaríamos que nos desse algumas informações sobre si**

**A1) Quantos anos tem?**

..... anos

**A2) Sexo?**

- |                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Masculino | (1) |
| <input type="checkbox"/> Feminino  | (2) |

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

- |   |     |
|---|-----|
| <input type="checkbox"/> Não sabe ler nem escrever                            | (1) |
| <input type="checkbox"/> Menos que a 4.ª classe                               | (2) |
| <input type="checkbox"/> 4.ª classe   | (3) |
| <input type="checkbox"/> 6.º ano (Telescola ou 2.º ano do ciclo preparatório) | (4) |
| <input type="checkbox"/> 9.º ano (antigo 5.º ano)                             | (5) |
| <input type="checkbox"/> 11.º ano (antigo 7.º ano)                            | (6) |
| <input type="checkbox"/> 12.º ano (antigo propedêutico)                       | (7) |
| <input type="checkbox"/> Bacharelato  | (8) |
| <input type="checkbox"/> Licenciatura   | (9) |
| <input type="checkbox"/> Outro. Qual?.....                                    |     |

**A4) Qual é a sua situação perante o trabalho?**

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Desempregado/a                     | (1)                           |
| <input type="checkbox"/> Doméstica/o                        | (2) <i>Passar à secção II</i> |
| <input type="checkbox"/> Exerce uma profissão               | (3)                           |
| <input type="checkbox"/> Reformado/a                        | (4)                           |
| <input type="checkbox"/> Estudante                          | (5)                           |
| <input type="checkbox"/> Cumpre serviço militar obrigatório | (6)                           |
| Outra situação. Qual?.....                                  |                               |

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

- Trabalhador por conta de outrém (1)
- Trabalhador por conta própria (2)
- Trabalhador sem salário num negócio familiar (3)
- Patrão
  - com menos de 10 empregados ao serviço (4)
  - com 10 ou mais empregados ao serviço (5)

**A6) Em que domínio de actividade trabalha ou trabalhava?**

- Agricultura (1)
  - Comércio (2)
  - Indústria (3)
  - Escritórios (4)
  - Banca/Seguros (5)
  - Administração pública (6)
  - Construção civil (7)
  - Distribuição de água, gás ou electricidade (8)
  - Transportes (9)
  - Minas e extracção (10)
  - Forças armadas/forças de segurança (11)
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

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

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

- Pai (1)
  - Mãe (2)
  - Avô (3)
  - Avó (4)
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**B2) Qual é a sua situação familiar?**

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

**B3) Quantos irmãos tem a criança apoiada?**

..... irmãos

**C) Relativamente à criança apoiada pelo serviço de Intervenção Precoce**

**C1) Qual é o sexo da criança apoiada?**

- Masculino (1)
- Feminino (2)

**C2) Qual a data de nascimento da criança apoiada?**

mês de..... (C2a) do ano..... (C2b)

**C3) Qual é, em termos de idade, a posição da criança face aos irmãos?**

- é a mais velha (a primeira) (1)
- é a segunda (2)
- é a terceira (3)
- é a quarta (4)
- é a quinta (5)
- Outra.

Qual? \_\_\_\_\_

**C4) Quais são as principais dificuldades da sua criança?**

- Não tem dificuldades (1)
- Atraso no desenvolvimento global (2)
- Dificuldades motoras (3)
- Dificuldades visuais (4)
- Dificuldades auditivas (5)
- Dificuldades na linguagem (6)
- Dificuldades múltiplas (7)

Outras. Qual? \_\_\_\_\_

Diagnóstico (caso seja conhecido): \_\_\_\_\_ (C4a)

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

**D1) Quando é que a criança começou a receber apoio do Serviço de Intervenção Precoce?**

Desde o mês de ..... (D1a) do ano..... (D1b)

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

- mais de duas vezes por semana (1)
- duas vezes por semana (2)
- uma vez por semana (3)
- uma vez de duas em duas semanas (4)
- uma vez por mês (5)
- menos de uma vez por mês (6)

### D3) Onde é que a intervenção decorre normalmente?

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

## Parte 2: Questões sobre a sua satisfação

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

- ++ = "muito bom", "muito boa", "muito bem", "concorda totalmente"
- + = "bom", "boa", "bem", "concorda"
- = "mau", "má", "mal", "discorda"
- = "muito mau", "muito má", "muito mal", "discorda totalmente"

### A. Apoio aos pais

1. A orientação e o apoio que lhe têm sido oferecidos pelo serviço de IP, é no geral:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
2. A intervenção precoce ajudou-o/a a mudar a imagem que tinha do seu filho:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
3. O apoio ajudou-o/a a lidar com as suas emoções:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
4. A informação sobre as terapias que existem, ajudou-o/a a perceber que tipo de terapia a sua criança precisa/precisava:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
5. O apoio ajudou-o/a a ver as capacidades e os problemas da sua criança:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
6. O apoio ajudou-o/a a sentir-se mais seguro/a no lidar com a sua criança:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
7. O apoio ajudou-o/a a ter mais momentos agradáveis com a sua criança:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
8. O apoio ajudou-a com novas ideias para educar a sua criança no dia-a-dia:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
9. As oportunidades que tem para entrar em contacto com outros pais são:	Muitas	Algumas	Poucas	Nenhumas
10. Os contactos com outros pais estão a ser uma ajuda:	Muito Boa	Boa	Má	Muito Má
11. O serviço informa-o/a do apoio financeiro existente:	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Poucas Vezes	Nunca

**A. Apoio aos pais** (continuação)

12. O serviço informa-o/a das questões administrativas:	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Poucas Vezes	Nunca
13. O serviço informa-o/a dos diferentes serviços existentes para a sua criança:	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Poucas Vezes	Nunca
14. As informações que lhe são fornecidas pelo Serviço de IP acerca dos problemas da sua criança, são em geral: Muito Boas Más	Muito Boas	Boas	Más	Muito Más
15. As possibilidades para actividades de grupo entre os pais são:	Muito Boas	Boas	Más	Muito Más

**B. Apoio à criança**

16. O apoio prestado pelo serviço de IP à sua criança é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
17. O apoio prestado está adaptado às necessidades e à maneira de ser da sua criança:	Muito Adaptado	Adaptado	Pouco Adaptado	Não Adaptado
18. O apoio dado ao seu filho ao nível do desenvolvimento mental (cognitivo) é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
19. O apoio dado ao seu filho ao nível da comunicação é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
20. As sugestões que o serviço lhe tem dado relativamente aos brinquedos e jogos apropriados para o seu filho são:	Muito Boas	Boas	Más	Muito Más
21. O apoio dado ao seu filho ao nível do comportamento e do desenvolvimento motor é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
22. A atenção, informação e/ou aconselhamento relativamente às actividades diárias (tomar banho, dormir, ...) do seu filho é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
23. A atenção, informação e/ou aconselhamento relativamente ao desenvolvimento social do seu filho é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
24. A atenção, informação e/ou aconselhamento relativamente à escolha, compra e uso de material adaptado ao seu filho é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
25. As formas e técnicas aconselhadas pelo serviço para resolver problemas comportamentais (recusa em comer, birras, problemas em dormir), do seu filho são:	Muito Boas	Boas	Más	Muito Más
26. As ofertas de actividades de grupo para crianças facultadas pelo serviço são:	Muito Boas	Boas	Más	Muito Más
27. A forma como os técnicos se relacionam com o seu filho é:	Muito Boa	Boa	Má	Muito Má

**C. Ambiente social**

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

### C. Ambiente social (continuação)

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

### D. Relação entre pais e profissionais

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

### E. Modelo de apoio

37. Os técnicos respeitam os valores e o estilo de vida da sua família:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
38. Pensa que o número de técnicos que vos dá apoio é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
39. O apoio exige-lhe tanto tempo no trabalho com o seu filho, que fica com pouco tempo livre para si para as outras pessoas da sua família:	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Poucas Vezes	Nunca
40. Sente que pode colocar as questões que quiser aos técnicos:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
41. Encontra no apoio as ajudas e aspectos que acha importantes para o desenvolvimento do seu filho:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
42. Sabe aquilo em que o serviço vos pode ajudar e aquilo em que não vos pode ajudar:	Muito Bem	Bem	Mai	Muito Mai
43. A comunicação/cooperação entre o serviço e as outras instituições/ técnicos (médicos, terapeutas particulares, ...) é:	Muito Boa	Boa	Má	Muito Má
44. Os relatórios e as avaliações feitas pelos técnicos são:	Muito Bons	Bons	Maus	Muito Maus
45. As suas opiniões e informações são tidas em conta nas avaliações do seu filho:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
46. Acha que os técnicos conseguem ver o seu filho como um todo apesar de na avaliação existirem várias áreas de desenvolvimento:	Muito bem	Bem	Mai	Muito Mai
47. A avaliação do desenvolvimento e/ou os relatórios acerca da sua criança referem ou destacam as capacidades do seu filho:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
48. Confia na competência dos técnicos:	Confio Muito	Confio	Confio Pouco	Não Confio

### E. Modelo de apoio (continuação)

49. Os técnicos conseguem envolver os serviços locais em resposta às necessidades da sua criança:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
50. Pensa que o incentivo que vos é dado pelos técnicos para contactarem com outras crianças, é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
51. Pensa que o apoio, dado pelo serviço, no sentido da integração do seu filho, é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau

### F. Direitos dos pais

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

### G. Localização e ligações do serviço

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

### H. Estrutura e administração do serviço

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

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

Anexo C: A Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction with Life Scale – SWLS)

**SWLS-** Esta escala compreende cinco frases com as quais poderá concordar ou discordar. Utilize a escala de 1 a 5 e marque uma cruz (X) no quadrado que melhor indica a sua resposta.

	Discordo muito (1)	Discordo um pouco (2)	Não concordo, nem discordo (3)	Concordo um pouco (4)	Concordo muito (5)
1.A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.					
2. As minhas condições de vida são muito boas.					
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.					
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.					
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.					

Anexo D: A Escala Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

**PANAS:** Encontra a seguir uma lista de palavras, que representam diferentes sentimentos e emoções. Indique o quanto experienciou esses sentimentos e emoções, na semana passada. Por favor, marque uma cruz (X) no quadrado que melhor indica a sua resposta.

	1 Muito pouco ou nada	2 Um Pouco	3 Assim, assim	4 Muito	5 Muitíssimo
1. Interessado (a)					
2. Aflito (a)					
3. Estimulado (animado)					
4. Aborrecido (a)					
5. Forte					
6. Culpado (a)					
7. Assustado (a)					
8. Hostil (inimigo)					
9. Entusiasmado (arrebato)					
10. Orgulhoso (a)					
11. Irritável					
12. Atento (a)					
13. Envergonhado (a)					
14. Inspirado (a)					
15. Nervoso (a)					
16. Decidido (a)					
17. Atencioso (a)					
18. Agitado (inquieta)					
19. Activo (mexido)					
20. Medroso (a)					
21. Emocionado (a)					
22. Magoado (a)					

Anexo E: Pedido de Autorização da Escala Europeia de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce

L'hon. M.

Romain Lanners

Mon nom est Luís Filipe Coronha de Almeida et me retrouve exécuter le projet final de la maîtrise en éducation spéciale: Spécialisation domaine cognitif - moteur, l'École d'éducation de l'Institut Polytechnique de Viseu, sous la direction du professeur, Ph.D. Emilia Martins et Rosina Fernandes, avec le thème bien-être subjectif des familles dans le domaine de l'intervention précoce.

Dans ce contexte, je voudrais demander à Votre Excellence, l'autorisation d'utiliser EPASEI Echelle: Satisfaction parentale échelle européenne À propos de l'intervention précoce, ainsi que d'avoir accès à ce protocole d'échelle et de l'application, la citation et l'interprétation.

Je vous remercie, à partir de maintenant, votre attention, me fournissant pour toute information complémentaire compris par pratique.

Veillez agréer,

Viseu, Février 29, 2016

Luís Filipe Coronha de Almeida

## Anexo F: Pedido de Autorização da Escala SWLS

Exmo. Senhor Professor Doutor Felix Neto,

O meu nome é Luís Filipe Coronha de Almeida e estou a frequentar o 2º ano do Mestrado em Educação Especial: Área de Especialização Domínio Cognitivo – Motor, na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu.

Neste momento encontro-me a realizar o projeto final de mestrado, sob orientação das Professoras Doutoradas Emília Martins e Rosina Fernandes, que visa estudar o bem-estar subjetivo das famílias no âmbito da intervenção precoce.

Para que me seja possível concretizar o estudo, torna-se pertinente a utilização da Escala de Satisfação com a Vida (SWLS).

Venho assim, por este meio, solicitar a V. Ex.<sup>a</sup>, autorização para a sua utilização no referido estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Viseu, 1 de dezembro de 2015

## Anexo G: Pedido de Autorização da Escala PANAS

Exmo. Senhor Professor Doutor António Simões,

O meu nome é Luís Filipe Coronha de Almeida e estou a frequentar o 2º ano do Mestrado em Educação Especial: Área de Especialização Domínio Cognitivo – Motor, na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu.

Neste momento encontro-me a realizar o projeto final de mestrado, sob orientação das Professoras Doutoradas Emília Martins e Rosina Fernandes, que visa estudar o bem-estar subjetivo das famílias no âmbito da intervenção precoce.

Para que me seja possível concretizar o estudo, torna-se pertinente a utilização da Escala de Afetividade Positiva e Afetividade Negativa (PANAS), adaptadas para a população portuguesa por V. Ex.<sup>a</sup>.

Venho assim, por este meio, solicitar a V. Ex.<sup>a</sup>, autorização para a sua utilização no referido estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Viseu, 1 de dezembro de 2015

Anexo H: Pedido de autorização para a realização do estudo ao Diretor da  
Instituição

Exmo. (a) Sr. (a) Diretor (a)

Viseu, \_\_\_ de Janeiro de 2016

Eu, Luís Filipe Coronha de Almeida, aluno da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu, a frequentar o 2º ano do Mestrado em Educação Especial: Área de Especialização Domínio Cognitivo – Motor, encontro-me a realizar o projeto final sobre o bem-estar subjetivo das famílias em intervenção precoce, sob a orientação das Professoras Doutoras Emília Martins e Rosina Fernandes. Venho, por este meio, solicitar a colaboração de V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup>, para poder efetuar a recolha de dados junto das famílias apoiadas em intervenção precoce pela V. prestigiada Instituição. Pretende-se que preencham um questionário que incluirá questões de natureza sociodemográfica, a Escala Europeia de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce (ESFIP), a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) e a Escala de Afetividade Positiva e Afetividade Negativa (PANAS).

Para salvaguardar a privacidade e estabilidade emocional das famílias, se considerar viável e se os técnicos se disponibilizarem a colaborar, poderão ser os mesmos, nas sessões com as famílias, a efetuar esta recolha de dados nas instalações da V. Instituição (envio em anexo pedido de colaboração aos técnicos neste sentido).

Assegura-se a confidencialidade e o anonimato na recolha de dados.

Disponibilizo-me ainda a entregar um exemplar do estudo à Instituição, se assim o entenderem, bem como reunir com V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup>, em data e hora que mais lhe aprouver, no sentido proceder a todos os esclarecimentos adicionais entendidos por convenientes.

Atenciosamente,

Luís Coronha

## Anexo I: Pedido aos técnicos

Exmo.(a) Sr.(a)  
Técnico da instituição

Viseu, 1 de dezembro de 2015

Eu, Luís Filipe Coronha de Almeida, aluno da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu, a frequentar o 2º ano do Mestrado em Educação Especial: Área de Especialização Domínio Cognitivo – Motor, encontro-me a realizar o projeto final sobre o bem-estar subjetivo das famílias em intervenção precoce, sob orientação das Professoras Doutoradas Emília Martins e Rosina Fernandes.

Para salvaguardar a privacidade e estabilidade emocional das famílias apoiadas por V. Ex.<sup>a</sup>, evitando que um elemento externo na qualidade de investigador interfira nas sessões de apoio, gostaria de solicitar a V. colaboração na recolha de dados junto das famílias. Mais informo que este pedido de recolha de dados foi também articulado com a direção da Instituição.

Pretende-se que as famílias preencham um questionário que incluirá questões de natureza sociodemográfica, a Escala Europeia de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce (ESFIP), a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) e a Escala de Afetividade Positiva e Afetividade Negativa (PANAS).

Assegura-se a confidencialidade e o anonimato na recolha de dados.

Encontro-me disponível para uma reunião com V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup>, em data e hora que mais lhe aprouver, no sentido no sentido proceder a todos os esclarecimentos adicionais entendidos por convenientes.

Atenciosamente,

Luís Coronha

Anexo J: Declaração de Consentimento Informado

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM  
RECOLHA DE DADOS<sup>i</sup>**

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo:** Bem-estar subjetivo das famílias em intervenção precoce

**Enquadramento:** Este trabalho insere-se no Mestrado em Educação Especial: Área de Especialização Domínio Cognitivo – Motor, da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu, sob orientação das Professoras Doutoras Emília Martins e Rosina Fernandes.

**Explicação do estudo:** Solicitamos a sua colaboração no preenchimento de um questionário que incluirá questões de natureza sociodemográfica, a Escala Europeia de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce (ESFIP), a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) e a Escala de Afetividade Positiva e Afetividade Negativa (PANAS).

**Condições:** A participação no estudo é de carácter voluntário, não havendo qualquer prejuízo, assistencial ou outro, caso não queira participar.

**Confidencialidade e anonimato:** Garante-se confidencialidade e anonimato, bem como o uso exclusivo dos dados recolhidos apenas para o presente estudo. Assegura-se que os contactos serão feitos em ambiente de privacidade.

Agradece-se, desde já, a colaboração.

Luís Almeida

**Assinatura/s:** .....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este fim e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome: .....

Assinatura: ..... Data: ..... /..... /.....

<p>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)</p> <p>NOME: .....</p> <p>BI/CD Nº:..... DATA ou VALIDADE .... /... /...</p> <p>GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:</p> <p>ASSINATURA .....</p>
--

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Adaptado de  
<http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Consentimento%20Informado>