



AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM INTERVENÇÃO PRECOCE

VÍTOR FRANCO

Universidade de Évora

ANA APOLÓNIO

Administração Regional de Saúde do Alentejo

Fecha de recepción: 15 de febrero de 2011

Fecha de admisión: 10 de marzo de 2011

RESUMO

O desenvolvimento da Intervenção Precoce em Portugal e, mais concretamente, na região do Alentejo, onde foi instalada uma rede de ampla cobertura de base local, tem tornado evidente a necessidade de clarificar as práticas de avaliação e diagnóstico, fundamentais tanto em termos de elegibilidade dos casos, como de orientação para as práticas de intervenção. Serão aqui apresentados os resultados obtidos na aplicação experimental de uma versão portuguesa da ODAT (GAT, 2004; 2008) a uma amostra de 1169 crianças, que apontam para o elevado potencial deste instrumento para o trabalho das equipas do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

Palavras chave: Intervenção precoce; diagnóstico; elegibilidade, infância.

ABSTRACT

The development of early intervention in Portugal and in the region of Alentejo, where it was installed a locally based network, has made evident the need to clarify the diagnosis and assessment practices, and its importance for eligibility and as a guide to intervention practices. Will be presented here the results obtained in the experimental application of a portuguese version of ODAT (GAT, 2004, 2008) for a sample of 1169 children, pointing to the high potential of this tool for the work of professional teams of the National Early Childhood Intervention System.

Keywords: Early intervention, diagnosis, eligibility, childhood



INTRODUÇÃO: O DIAGNÓSTICO EM INTERVENÇÃO PRECOCE

A questão do diagnóstico é fulcral na Intervenção Precoce (IP) por dois tipos de razões: Em primeiro lugar pela elegibilidade: importa definir que crianças devem ser enviadas para as equipas de IP, quais as que estas devem acompanhar, e quais os casos em que irão intervir. Em segundo lugar, é fulcral pelos problemas que se levantam na articulação do trabalho dos diferentes profissionais (médicos, educadores, psicólogos, terapeutas, técnicos sociais) e da forma como abordam e descrevem cada criança ou família.

DIAGNÓSTICO E ELEGIBILIDADE DOS CASOS

No que se refere à elegibilidade, o Despacho Conjunto n.º 891/99, que orientou a implementação da IP em Portugal durante uma década, assumia como destinatários da intervenção precoce as “crianças até aos 6 anos de idade, especialmente dos 0 aos 3 anos, que apresentem deficiência ou risco de atraso grave do desenvolvimento.” (Diário da República, 1999). Tínhamos assim dois grandes grupos de crianças bem diferenciados na sua formulação, se bem que nem sempre de contornos suficientemente precisos. A noção de deficiência, embora passível de crítica, era, mesmo assim, a que menos problemas colocava, porquanto remetia para uma afectação do desenvolvimento reconhecível e diagnosticável. Já a referência ao risco de atraso de desenvolvimento e o uso do qualificativo “grave” sempre foram motivo de muita indefinição.

De qualquer modo, a implementação de uma rede de IP foi algo profundamente inovador, que permitiu chegar a mais crianças e famílias, promovendo o seu desenvolvimento. No que se refere às crianças portadoras de deficiência, ou cujo desenvolvimento se encontra alterado, o próprio objectivo da IP passa, desde logo, por um aumento da elegibilidade, tanto em termos de números absolutos, como pela sinalização e encaminhamento mais precoce dos casos, já que quanto melhor e mais precoce a sinalização, melhor a possibilidade de diagnóstico e o respectivo prognóstico.

No entanto, a questão da elegibilidade das crianças em situação de risco sempre teve contornos mais ambíguos. Falar em risco elevado (ou risco de atraso grave) revelou-se pouco eficaz dada a dificuldade em medir o grau do risco, já que este é essencialmente potencial. Sobretudo num contexto social de carência de recursos e de pobreza é de esperar uma tendência para a hiper sinalização porquanto não há nada que não contribua para o desenvolvimento das crianças ou, na perspectiva das famílias, de quanto mais serviços se obtiver ajuda, melhor será. O que facilmente conduz a uma elevada abrangência na identificação e sinalização dos casos, com risco de excesso de encaminhamento para a IP de crianças e famílias que, eventualmente, necessitariam de outro tipo de respostas sociais.

O Decreto -Lei 281/2009 aborda a questão da elegibilidade, atribuindo à Comissão de Coordenação do SNIPI a responsabilidade de definição de critérios de elegibilidade, e estabelece no, seu artº 2º, que “ O SNIPI abrange as crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas actividades típicas para a respectiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias” (Diário da República, 2009). Ou seja, a nova formulação tenta ser mais precisa no que se refere às perturbações do desenvolvimento mas mantém a terminologia “risco grave de atraso de desenvolvimento” que, no artº 3º, é alvo de clarificação sendo definido como a “verificação de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança.” Esta clarificação aponta para três dimensões das condições de risco: biológicas (que se entendem por referência à própria criança e às suas condições biológicas), psicoafectivas (que se entendem pelas dimensões relacionais) e ambientais (por referência ao contexto).



A questão da sinalização ou referenciação das crianças e da selecção dos casos a apoiar em intervenção precoce está expressa no mesmo documento legal. A referenciação das crianças “é feita às equipas da intervenção precoce, designadamente por solicitação da família, por profissionais da saúde, da educação e da acção social, bem como por profissionais de outros serviços ou de instituições particulares de solidariedade social ou cooperativas de solidariedade social através de informação sobre a situação da criança e outra tida por conveniente”. Já “a selecção dos casos para apoio em intervenção precoce é feita pelas equipas de intervenção directa com base na avaliação da criança efectuada nos centros de desenvolvimento, consultas de desenvolvimento ou noutras estruturas especializadas em desenvolvimento, e de acordo com os critérios de elegibilidade a definir pelas equipas de coordenação.” Temos assim que a sinalização deve assentar sobre informação sobre a situação da criança e que a selecção dos casos implica, necessariamente, a respectiva avaliação e a existência de critérios claros de elegibilidade.

DIAGNÓSTICO E INTERDISCIPLINARIDADE

Um segundo aspecto fundamental relativamente ao diagnóstico advém do carácter multidisciplinar da intervenção precoce. A IP não é uma prática específica de um determinado campo do saber ou de intervenção técnica. Por isso podem ser igualmente técnicos da IP médicos, psicólogos, técnicos de serviço social, fisioterapeutas, terapeutas da fala, educadores, terapeutas ocupacionais ou enfermeiros. Cada um destes profissionais tem, antes de mais, um campo teórico e técnico de conhecimento que lhe é próprio, com práticas específicas de avaliação e instrumentos que lhe são inerentes.

Põe-se então o problema de como é que, com toda esta multiplicidade profissional, é possível um trabalho conjunto, ou como é que se pode fazer a integração das diferentes formas como cada um destes grupos profissionais encara e realiza o diagnóstico.

Haverá então duas formas de resolver esta multiplicidade disciplinar na caracterização dos casos: ou um grupo profissional assume poder sobre os restantes, instala a sua terminologia própria como determinante e inviabiliza uma evolução interdisciplinar ou então os diferentes profissionais encetam um caminho de complementaridade, conjugação de saberes e práticas em que trazem o seu contributo mas, indo mais além, ajudam na construção de um conhecimento comum. Este o sentido da evolução transdisciplinar no funcionamento das equipas (Franco, 2007), um enorme desafio às práticas em IP, muitas vezes referido mas de difícil concretização (Correia & Franco, 2005)

No sentido da integração de diferentes saberes e diagnósticos, a legislação de 1999 previa um Plano Individual de Intervenção elaborado a partir da avaliação da criança no seu contexto, onde devia constar o “diagnóstico global da situação da criança, no seu contexto de vida, contendo a identificação dos seus aspectos de saúde, das suas capacidades e competências e das suas características comportamentais” e a “identificação dos recursos e necessidades da criança e da família...” (Diário da República, 1999). Este diagnóstico de carácter global apela ao esforço de integração dos diferentes tipos de diagnóstico de cada especialidade, remetendo para uma dupla necessidade: de procedimentos específicos de avaliação da criança, em cada um dos aspectos, e de metodologias de articulação da informação dessas avaliações.

A necessidade de um diagnóstico adequado também está referida na actual legislação, onde se prevê que o plano individual “estabeleça um diagnóstico adequado. Este deve ter em conta não apenas os problemas, mas também o potencial de desenvolvimento da criança, a par das alterações a introduzir no meio ambiente para que tal potencial se possa afirmar, recorrendo-se, para o efeito, à utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens, da Organização Mundial de Saúde (ICF -CY, 2007), versão derivada da Classificação Internacional de Funcionalidade de Incapacidade e Saúde (ICF, 2001).”



Prevê-se ainda a existência de “referenciais de desenvolvimento próprios, consoante a idade e o contexto social” com base nos quais são identificadas as alterações ou risco de alterações nas funções e estruturas do corpo, bem como a “verificação de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança”. Se compete à Comissão de Coordenação do SNIPI “definir critérios de elegibilidade das crianças, instrumentos de avaliação e procedimentos necessários à exequibilidade dos PIIP (Plano Individual de Intervenção Precoce), as equipas locais devem “identificar as crianças e famílias imediatamente elegíveis para o SNIPI”. Temos assim que a definição dos critérios de elegibilidade, a utilização de metodologias avaliativas e a criação de planos de intervenção se interligam inevitavelmente. O que coloca a necessidade de elementos estruturantes de toda essa diversidade de informação. corresponder.

Uma prática de avaliação e diagnóstico está pois no centro do trabalho das equipas, da articulação entre profissionais e da articulação com restantes estruturas internas e externas à Intervenção Precoce. A utilização de um instrumento que permita integrar diferentes tipos de diagnóstico afigura-se como um ganho importante para o trabalho das equipas. Nesse sentido, foi feita uma versão portuguesa, experimental, da ODAT/ODIP, cuja aplicação à população apoiada pela IP no Alentejo quisemos avaliar.

A ODIP caracteriza-se precisamente como instrumento de integração e conjugação de diferentes critérios diagnósticos. Respeitando a diversidade de olhares sobre uma mesma realidade, a criança e o seu contexto, mas procurando organizar a informação de tal forma que possa ser partilhada por diferentes profissionais, com diferentes olhares e interesses.

Poderá, por isso, ser um contributo importante para a organização da informação diagnóstica, a clarificação da elegibilidade e para a produção de melhor informação sobre os casos e o trabalho das equipas. Um dos seus principais méritos vem da sua organização axial e da forma abrangente de abordar a caracterização dos casos. O que é coerente com a teoria e a leva ao encontro daquilo para que aponta o próprio enquadramento da IP em Portugal: a integração das situações de perturbações do desenvolvimento e das situações de risco, por um lado e, por outro, a consideração das dimensões individuais, relacionais (familiares) e contextuais (ambientais).

MÉTODO

Para podermos avaliar até que ponto a ODIP se adequa ao trabalho desenvolvido pelas equipas de Intervenção Precoce, foi implementada a sua utilização, com carácter experimental, pelas equipas de todos os concelhos dos distritos de Beja, Évora e Portalegre e litoral alentejano, em que se pretender observar os efeitos e resultados da sua aplicação numa população de crianças apoiadas por equipas de intervenção precoce de base local.

PROCEDIMENTOS

Para a recolha da informação pretendida foram realizados os seguintes procedimentos:

- a) Formação e informação para representantes de todas as Equipas de IP do Alentejo. Foi realizada uma reunião, de carácter formativo, em que foi apresentada a ODIP, seus objectivos, características e modo de utilização e fornecido um Guia contendo instruções escritas e um Glossário explicativo de todas as categorias e itens que compõem o instrumento.
- b) Disponibilização de uma base de dados correspondente à ODIP em que, on line, cada equipa deveria colocar os dados diagnósticos de cada uma das crianças apoiadas. Foi fornecida a cada equipa a respectiva chave de acesso, de modo a poder introduzir a informação e gerar os respectivos relatórios.



Participaram na utilização experimental do instrumento 34 equipas, tendo sido considerado um total de 1169 crianças.

INSTRUMENTO

O instrumento usado para caracterizar as crianças apoiadas pelas Equipa de IP foi uma versão em língua portuguesa da ODAT, Organización Diagnóstica para la Atención Temprana, criada pela Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) (GAT, 2004; 2008) na sequência do trabalho de elaboração do Livro Branco (GAT, 2000) que orientou a génese da organização da intervenção precoce em Espanha. O presente estudo faz parte dos trabalhos de adaptação e construção da versão em língua portuguesa deste instrumento (Franco & Apolónio, 2010).

A ODIP é um instrumento multiaxial cuja estrutura comporta 2 níveis:

O Nível I, que identifica os factores de risco de alteração do desenvolvimento, quer ao nível da própria criança, quer ao nível da sua família e do respectivo ambiente. Este nível inclui 3 Eixos: Eixo 1- Factores biológicos de risco; Eixo 2 - Factores familiares de risco, e Eixo 3 - Factores ambientais de risco.

O Nível 2 descreve os tipos de perturbação, alteração ou disfunção que podem ser identificadas na criança, nas suas interações com a família ou com as características do ambiente. É composto igualmente por 3 Eixos: Eixo 4- Perturbações do desenvolvimento (da criança), Eixo 5 – Perturbações da família, Eixo 6 – Perturbações do ambiente

Para a recolha de informação foi usada a aplicação informática criada para a ODIP em que deveriam ser inseridas, relativamente a cada caso/criança, as seguintes informações: Fonte de encaminhamento, Motivo de encaminhamento, Motivo do atendimento expresso pelos pais, Diagnóstico detalhado (já de acordo com as categorias da ODIP), Diagnóstico principal (de entre os elementos diagnósticos já identificados).

A base de dados gerada pela aplicação informática permite-nos ter uma informação alargada sobre as características da população apoiada pelas equipas de IP de toda a região Alentejo.

RESULTADOS

O número de crianças apoiadas consideradas neste estudo foi de 1169, havendo mais rapazes (55,6%) do que meninas (42,9%). O maior grupo de crianças apoiadas está na casa dos 4 anos de idade. A frequência dos vários grupos etários vai aumentando a partir do 1 ano até aos 5. No entanto, as crianças com menos de 1 ano de vida são mais (16,6% e apenas 10,4 % com 1 ano) o que é coerente com a necessidade de despistagem de maior número de casos de crianças pequenas sujeitas a factores de risco que posteriormente se verifica não terem necessidade de acompanhamento.

| | Coppia gemelli | Coppia senza figli | Coppia 2 figli | F(p) |
|----------------|----------------|--------------------|----------------|--------------|
| | M(DS) | M(DS) | M(DS) | |
| DAS_CD | 51.7 (8.5) | 50.16 (7.46) | 52.24 (7.075) | 2.766 (.064) |
| DAS_SD | 35.79 (5.57) | 37.63 (6.19) | 37.64 (6.059) | 4.665 (.010) |
| DAS_EA | 8.38 (2.23) | 9.163 (2.01) | 8.77 (2.029) | 5.063 (.007) |
| DAS_HD | 15.18 (4.34) | 14.79 (4.14) | 15.37 (4.57) | .659 (.518) |
| DAS tot | 111.82 (16.31) | 112.06 (15.99) | 114.30 (16.04) | .915 (.401) |



Por outro lado, o aumento progressivo, e bastante significativo, de crianças em cada faixa etária, pode apontar para dificuldades na detecção precoce de situações que necessitam de acompanhamento, sendo coerente com os dados de investigações anteriores (Franco & Apolonio, 2008) que mostram existir ainda um desfazamento entre a idade em que as dificuldades de desenvolvimento se anunciam e o momento em que é iniciada a intervenção.

ENCAMINHAMENTO

O encaminhamento ou sinalização das crianças para as Equipas de Intervenção Precoce é feita principalmente pelos serviços educativos, nomeadamente os Jardins de Infância (31,7%). Cerca de 24% dos casos são encaminhados pelos serviços de saúde (consulta de pediatria, outras especialidades médicas e Centros de Saúde) embora o envio pelos Centros de Saúde seja mais baixo (9,9%) do que seria de esperar. Tanto os Serviços Sociais como a própria família, por iniciativa própria, representam, cada uma, cerca de 15 % dos casos.

O encaminhamento das crianças deve-se especialmente à existência de perturbações do desenvolvimento, que representam mais de metade (51,0%) dos casos. Os factores de risco, na sua totalidade englobam 41,0% dos casos, com 17% referindo-se a factores familiares de risco, 13% a factores biológicos e 11% a factores ambientais de risco. O encaminhamento por perturbações da família ou do contexto é menos frequente.

Os motivos para o atendimento nas Equipas de Intervenção Precoce referidos pelos pais são principalmente as perturbações do desenvolvimento (61,2%). Os factores de risco referem-se a 31,8 % dos casos, distribuídos entre factores familiares, ambientais e biológicos.

Olhando para as perturbações do desenvolvimento, verificamos que sobressaem as relativas à comunicação e linguagem, abrangendo quase metade dos casos (o que representa 29,7% de todos os casos referenciados). Entre as restantes, apenas as perturbações do desenvolvimento motor ultrapassam os 10% (6,2% dos casos totais). Tendo em conta que nesta idade está em curso a aquisição da fala, a elevada sinalização de casos deste grupo para a IP não deve deixar de merecer atenção, na medida em que é tarefa do próprio processo educativo, e dos estabelecimento e profissionais dessa área, intervir neste domínio antes de haver uma orientação específica para a Intervenção Precoce.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

No que se refere à identificação do diagnóstico principal pela equipa, as perturbações do desenvolvimento abrangem 61,6 % dos casos. Os factores de risco familiares (9,2%) biológicos (8,6 %) e ambientais (8,6%) representam uma quantidade menor. Relativamente aos motivos do atendimento, há uma diminuição dos factores de risco e aumento das perturbações familiares e contextuais. Estas últimas são as que têm um aumento mais expressivo, passando de 1,4% dos motivos de atendimento para 7,0% dos diagnósticos principais.

No total, as perturbações atingem os 73,7 % enquanto os diagnósticos principais de factores de risco (que representavam 41 % dos encaminhamentos) são apenas 26,4 %.

Olhando agora para os diagnósticos principais de perturbações do desenvolvimento verificamos que a categoria da comunicação e da linguagem (21,8%) é, de novo, a mais frequente, aparecendo depois a categoria "Atraso do desenvolvimento" (13,5%). De notar a diminuição da primeira, que mostra que em cerca de 100 casos cujo motivo de atendimento são as dificuldades deste tipo, não é este o diagnóstico principal. O atraso de desenvolvimento continua a ser uma categoria diagnóstica muito comum, embora o seu sentido e significado nem sempre seja claro. Haverá que ter sempre o cuidado de verificar se é utilizada apenas em idades mais baixas em que o diagnóstico



ainda não é possível ou se, pelo contrário, é utilizada como descrição pouco precisa de uma alteração do desenvolvimento. Nas restantes categorias há a registar ainda um aumento da quantidade de casos de perturbações da relação e comunicação (que englobam as perturbações autísticas) que mostra que há um aumento da clareza diagnóstica relativamente aos motivos de consulta identificados pelas equipas.

ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS

Abordaremos agora a incidência dos elementos de diagnóstico em cada um dos 6 eixos, vendo, em relação a cada um deles o número de casos em que cada item corresponde ao diagnóstico principal da situação da criança ou em que esse item está presente embora fazendo parte de um conjunto mais vasto de itens em que um outro tem mais relevância para a compreensão do caso.

Eixo 1 – Factores biológicos de risco

Começando pelos factores de risco e pelo eixo 1 do Nível I (factores de risco biológico) verificamos que há uma grande dispersão de diagnósticos principais pelas diferentes categorias e elementos. São mais frequentes os aspectos *cromossómicos* (10 casos), a *epilepsia*, e *outros sinais de alerta não especificados*. Já na incidência geral, são mais marcantes a existência de *antecedentes familiares de perturbações físicas e mentais* (72 casos), o *baixo peso* (55 casos com menos de 2,5 Kg e mais 15 com menos de 1,5 Kg) mas acima de tudo os *sinais de alerta detectados por profissionais de saúde da rede de cuidados de saúde primários ou secundários ou profissionais de educação*. A falta de mais especificidade na identificação destes sinais leva-nos a pensar que esta pode ser uma categoria diagnóstica mais frágil, especialmente se incluir a detecção por profissionais da educação que não terão a formação adequada a uma detecção de elementos de tipo biológico. Pelo que a utilização deste item deve corresponder a situações em que será necessário procurar uma informação diagnóstica mais precisa.

Eixo 2 – Factores familiares de risco

Neste segundo eixo encontramos um pouco mais de diagnósticos principais, sendo a *ruptura familiar*, as *situações familiares críticas*, a *existência de pais com diagnóstico de deficiência ou doença mental* e os *ambientes familiares gravemente alterados*, as mais identificadas como diagnóstico principal.

No que se refere à incidência de elementos diagnósticos, a maior parte situa-se na categoria características da família, todos muito importantes, e encontramos como mais comuns a *ruptura familiar* (230 casos) a *idade superior a 40 ou inferior a 20* (202 casos), *famílias excluídas socialmente* (162), *famílias monoparentais* (150) *ambientes familiares gravemente alterados* (112) *gravidez de risco* (97) e *antecedentes de retirada de tutela* (78).

Eixo 3 - Factores ambientais de risco

No que se refere aos factores ambientais de risco que, como vimos, representam o diagnóstico principal em 98 casos, 22 são de *exposição frequente a deficiente estimulação sensorial*, 21 a *deficiências na habitação*, *carência de higiene e falta de adaptação às necessidades da criança*, 16 a *condições de vida que facilitam o isolamento social*. Já as situações mais frequentes são: *deficiências na habitação*, *carência de higiene e falta de adaptação às necessidades da criança* (266), *exposição frequente a deficiente estimulação sensorial* (186), *condições de vida que facilitam o isolamento social no próprio ambiente familiar e em relação a outros ambientes sociais* (186), *dificuldades do ambiente para administrar/fornecer a alimentação adequada* (136), *família com dificulda-*



des de acesso aos recursos sociais (136), ambiente inseguro e pouco propício ao desenvolvimento de iniciativa por parte da criança (135).

Eixo 4 - Perturbações do desenvolvimento

Passando ao Nível II, no eixo 4, Perturbações do desenvolvimento, as situações mais frequentes são os *atrasos da linguagem* (361, dos quais 114 são diagnóstico principal) e da *fala* (245 dos quais 74 são diagnóstico principal), *atrasos leves do desenvolvimento* (170), *atraso psicomotor simples* (140) e *perturbações da coordenação dinâmica* (133) e da *coordenação óculo-manual* (108). De referir ainda a quantidade de diagnósticos principais de *atraso de desenvolvimento* (65 leve, 52 moderado e 28 grave), *perturbação autística* (17, sendo sempre principal) e *perturbações da ansiedade* (20).

Eixo 5 - Perturbações familiares

No que se refere às perturbações no funcionamento familiar, embora em termos de diagnóstico principal os casos sejam relativamente poucos, há algumas situações bastante frequentes, com grande número de perturbações da interacção (138 casos de relações de tipo *instável*, 88 *alteradas* e 64 *deterioradas* e outras tantas *negligentes*). Quanto à natureza das formas de relação, 162 casos apresentam tendência para o descuido ou apatia e 146 para a *sobreprotecção*, sendo estas as situações que mais frequentemente se referem ao diagnóstico principal.

Eixo 6 – Perturbações do contexto

Quanto às perturbações do contexto, a *negligência* é a situação mais frequente (164 casos, dos quais em 39 é o factor diagnóstico principal). *Confluência de factores de exclusão* (131), *ausência de cuidadores sensíveis às necessidades da criança* (103) e *pobreza extrema* (102) são também elementos diagnósticos muito frequentes associados a outros diagnósticos principais.

ASPECTOS DIAGNÓSTICOS MAIS FREQUENTES

Considerando agora a totalidade da ODIP, nos seus diferentes níveis e eixos, podemos verificar que os elementos do eixo 4 são os mais frequentes (ocupando os 5 primeiros lugares) sendo que três deles se referem à fala e linguagem e dois a atraso evolutivo grave e moderado. De seguida aparece a negligência, do eixo 6 e só no nono lugar surgem elementos do nível I, relativos a factores de risco do ambiente / contexto de vida da criança (neste caso a estimulação inadequada e deficiências de habitação e higiene).

Considerando o total dos elementos diagnósticos para a amostra estudada, que nos dá uma dimensão epidemiológica das perturbações e riscos, voltamos a encontrar uma grande percentagem de crianças com *perturbações da linguagem e da fala* (30,9% com atraso da linguagem e 21 % com atraso da fala). As situações de risco por *deficiência de habitação, higiene e conforto* são 22,8 %. A *ruptura familiar* corresponde a 19,7% e a *idade dos pais* a 17,3 %. O *deficit de estimulação* e as *condições de isolamento* situam-se nos 15,9 %.

No total temos 23 elementos diagnósticos que estão presentes em mais de 10% dos casos considerados.

CONCLUSÕES

Sendo nosso objectivo verificar a adequação da ODIP, os resultados obtidos na sua utilização experimental alargada à generalidade das equipas de IP do Alentejo, permite-nos verificar que a ODIP:



1. Dá uma ideia clara sobre a caracterização dos casos que são acompanhados pela IP;
2. Permitirá, a partir dos dados obtidos, levantar questões ao nível da elegibilidade (veja-se a questão das dimensões da fala e linguagem);
3. Permite cobrir um vasto leque de situações do domínio biológico, psicológico, social e mesmo de aquisição de competências e de aprendizagem;
4. Permite ter em conta não apenas os aspectos inerentes à criança mas também as suas relações com a família e com o contexto;
5. Permite abordar a funcionalidade e a participação e não apenas as características individuais;
6. Através dos dados que fornece poderá ser um óptimo contributo para planeamento da intervenção individual, gestão das equipas e gestão dos recursos técnicos.

Este estudo enquadra-se no Projecto “Organização Diagnóstica das dimensões individuais, familiares e contextuais em Intervenção Precoce” apoiado pela Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apolonio, A, Franco, V., & Miranda, M.C. (2010). A Rede de Intervenção Precoce no Desenvolvimento Infantil na Região do Alentejo. *INFAD - International Journal of Developmental and Educational Psychology*, Ano XXII, nº 1
- Belda, J.C. (2006). La ODAT: una herramienta para el desarrollo de la Atención Temprana. *Revista Informació Psicològica*, nº: 87, págs 68-80
- Buceta, M.J., Pérez-Lopez, J. y Brito, A.G. (2004) Evaluación y pruebas de evaluación infantil aplicadas a la atención temprana. In J. Pérez-Lopez y A.G. Brito, *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Ediciones Pirámide
- Correia, E.; Franco, V. (2005). Envolvimento Parental no Trabalho Terapêutico – Representações dos técnicos das Equipas de Intervenção Precoce. In VICENTE CASTRO, F.; DIAZ-DIAZ, A.; FAJARDO CALDERA, I.; RUIZ FERNANDEZ, I.- *Psicologias Educacion: Nuevas investigaciones*. Infad: Psicoex, pp. 167-184.
- Diário da República (2009). Decreto-Lei n.º 281/2009, Diário da República, 1.ª série- N.º193 - 6 de Outubro de 2009, pp. 7298- 7302.
- Diário da Republica, (1999). *DespachoConjunto nº 891/99*. Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. Orientações reguladoras da intervenção precoce para crianças com deficiência ou em risco de atraso grave do desenvolvimento e suas famílias. 19.10.1999.
- Franco, V. (2007); Dimensões Transdisciplinares do Trabalho de Equipa em Intervenção Precoce, *Interação*, 11, 1, Curitiba, Brasil.
- Franco, V.; Apolónio, A.M. (2008). *Avaliação do Impacto da Intervenção Precoce no Alentejo: Criança, Família e Comunidade*. Évora: ARS.
- Franco e Apolonio (2010). *ODIP- Organização diagnóstica em Intervenção Precoce, versão portuguesa*. Évora: Universidade de Évora
- GAT (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.
- GAT (2004). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- GAT (2007) *Validación de la Organización Diagnóstica de Atención temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- GAT (2008). *Manual Descriptivo ODAT- Actualización 2008*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.



- Penn, H. (2002). A primeira infância: a visão do banco mundial. *Cadernos de Pesquisa*, 115, pp.7-14.
- WHO (2001) *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. WHO, Geneve 2001
- WHO (2007) *The International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth Version (ICF-CY)*. WHO, Geneve 2007