



ELEGIBILIDADE, CARACTERIZAÇÃO E DIAGNÓSTICO NAS EQUIPAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE DO ALENTEJO

**Maria do Carmo Peixoto
Ana Maria Apolónio
Vítor Franco**
Universidade de Évora

*Fecha de recepción: 19 de enero de 2011
Fecha de admisión: 10 de marzo de 2011*

RESUMO

O diagnóstico é um processo fundamental das práticas de Intervenção Precoce. O presente estudo tem como principal objectivo conhecer a forma como as Equipas de Intervenção Precoce do Alentejo procedem à elegibilidade das crianças para os seus serviços, bem como a forma como fazem o seu diagnóstico e caracterização. Para o efeito, foi aplicado um questionário a 34 equipas de Intervenção Precoce do Alentejo, apontando os resultados obtidos para a necessidade de implementação de práticas mais consistentes de avaliação e diagnóstico.

Palavras chave: Intervenção Precoce, Elegibilidade, Caracterização, Diagnóstico.

ABSTRACT

Diagnosis is a fundamental process of early intervention practices. This study has as main objective to know how the Early Intervention teams Alentejo look at the eligibility of children in their services, and how do their diagnosis and characterization. In this study, a questionnaire was administered to 34 Early Intervention teams of Alentejo, and the results point to the need for implementation of a more consistent assessment and diagnosis.

Keywords: Early Intervention, Eligibility, Characterization, Diagnosis.

INTRODUÇÃO

a) A Intervenção Precoce

A Intervenção Precoce no Alentejo teve início no final da década de 80, com a criação de respostas especializadas no apoio às crianças com dificuldades de desenvolvimento. No início dos anos 90 foram estabelecidos os primeiros acordos com o Centro Regional de Segurança Social de Évora, que sustentaram dois novos projectos: o Projecto de Intervenção Precoce da Cercimor e o CDIP-Centro de Desenvolvimento e Intervenção Precoce do Núcleo de Évora da Associação



ELEGIBILIDADE, CARACTERIZAÇÃO E DIAGNÓSTICO NAS EQUIPAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE DO ALENTEJO

Portuguesa de Paralisia Cerebral. No final dessa década foi preparada uma rede mais ampla de articulação de serviços e de resposta às necessidades, procurando evitar a duplicação de apoios às crianças e famílias e fazendo a articulação das respostas. Ao mesmo tempo, nos distritos de Beja e Portalegre surgiram as primeiras respostas ao nível da Intervenção Precoce, a partir das instituições e serviços já existentes (Franco & Apolónio, 2008).

A Equipa Regional de Intervenção Precoce do Alentejo iniciou o seu trabalho ainda em 2000, a partir do levantamento das necessidades elaborado pelos serviços dos três Ministérios envolvidos. As redes regionais e distritais de Intervenção Precoce foram então desenvolvidas com base no Despacho Conjunto 891/99. Esta rede regional foi alargada a todo o Alentejo, cobrindo progressivamente todos os concelhos dos distritos de Évora, Portalegre, Beja e o litoral alentejano (Franco & Apolónio, 2008).

A nível nacional, o Despacho Conjunto 891/99 foi o primeiro documento legal a reunir as orientações para a implementação dos serviços de Intervenção Precoce em Portugal, com vista a abranger as crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento (incluindo factores pré, peri, ou pós-natal, ou ainda por razões que limitem a capacidade de tirar partido de experiências de aprendizagem) e suas famílias (Despacho Conjunto nº 891/99).

Os principais objectivos da Intervenção Precoce de acordo com este documento, passavam pela criação de condições facilitadoras do desenvolvimento global da criança, minimizando os problemas da deficiência ou do risco de atraso do desenvolvimento, ao mesmo tempo que se previnem eventuais sequelas; otimizar a interacção criança/família, dando informações sobre a problemática em causa, reforçando as respectivas competências, autonomia e capacidade de tomar decisões; envolver e utilizar os recursos da comunidade; avaliar em conjunto com as famílias, as respectivas necessidades, prioridades e recursos. A selecção das crianças é feita pelas equipas de intervenção directa, tendo em conta a avaliação da criança efectuada nos centros de desenvolvimento, consultas de desenvolvimento, ou outras estruturas especializadas em desenvolvimento, e de acordo com os critérios de elegibilidade definidos pelas equipas de coordenação (Despacho Conjunto nº 891/99).

Mais recentemente, para fazer face às limitações do Despacho Conjunto e incorporar a experiência adquirida, foi publicado o Decreto-Lei nº 281/2009. Este novo documento legal tem como objectivo a criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), visando garantir as condições necessárias ao desenvolvimento de crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, bem como a sua participação nas actividades típicas para a idade, e ainda de crianças com risco grave de atraso no seu desenvolvimento, bem como as suas famílias (Decreto-Lei nº 281/2009).

Prevê-se que o plano individual elaborado pelas equipas de intervenção do SNIPI deverá estabelecer um diagnóstico adequado que compreenda não só os problemas que a criança apresenta, mas também o potencial de desenvolvimento, tendo em conta as alterações a introduzir no meio ambiente para que este potencial se possa afirmar, recorrendo-se, para esse efeito, à utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens, da Organização Mundial de Saúde, versão derivada da Classificação Internacional de Funcionalidade de Incapacidade e Saúde (Decreto-Lei nº 281/2009).

b) Elegibilidade, Caracterização e Diagnóstico

A elegibilidade e o diagnóstico em Intervenção Precoce foram desde sempre questões em aberto, para as quais as equipas de intervenção foram procurando respostas.

Na legislação de 1999 não estavam claramente definidos os critérios de elegibilidade relativamente às crianças que deveriam ser acompanhadas pelas Equipas de Intervenção Precoce, deixando a cada equipa e aos seus técnicos a definição dos seus próprios critérios de elegibilidade, favo-



DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO DE LA INFANCIA

recendo uma irregular cobertura das situações apresentadas (Almeida, 2004). Tornou-se, assim, de crucial importância a definição de critérios de elegibilidade de crianças e respectivas famílias, sendo fundamental determinar quais os procedimentos específicos de avaliação/intervenção que reflectam o envolvimento da família em todo o processo. É a definição destes critérios de elegibilidade que possibilita tomadas de decisões no que diz respeito às políticas de intervenção relativamente à prevenção primária e secundária (Pimentel, 2004).

O Decreto-Lei 281/09 determina que são elegíveis para acompanhamento pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) todas as crianças entre 0 e 6 anos, bem como as suas famílias, que apresentem: a) Alterações nas funções ou estruturas do corpo, que impeçam o normal desenvolvimento e a participação nas actividades típicas, baseadas nas características desenvolvimentais próprias da respectiva idade e contexto social; b) Risco grave de atraso de desenvolvimento, pela presença de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que provocam uma grande probabilidade de atraso no desenvolvimento da criança.

Tendo isto em conta, tem sido considerado que são elegíveis para admissão ao SNIPI todas as crianças que pertencendo à alínea b), acumulem 4 ou mais factores de risco biológico e/ou ambiental, considerando-se haver suporte empírico para tomar este número como sendo o ponto de mudança para um aumento substancial do efeito do risco, isto é, o efeito cumulativo do risco.

Competindo à Comissão de Coordenação do SNIPI definir os critérios de elegibilidade das crianças, assim como os instrumentos de avaliação e os procedimentos necessários à exequibilidade dos PIIP, cabe às equipas locais de intervenção, entre outras coisas, identificar as crianças e famílias imediatamente elegíveis para o SNIPI; assegurar a vigilâncias às crianças e respectivas famílias que, apesar de não serem imediatamente elegíveis, necessitam de uma avaliação periódica, devido à natureza dos seus factores de risco e probabilidades de evolução; deverá ainda encaminhar as crianças e famílias não elegíveis, mas carenciadas de apoio social (Decreto-Lei nº 281/2009).

Para Almeida (2004) tem existido uma grande insuficiência ao nível da detecção e encaminhamento precoce das crianças/famílias. Segundo a autora, esta situação poderá ser justificada pela inexistência de redes e canais de comunicação entre as estruturas de saúde e as possíveis respostas em termos educativos. Uma outra situação que poderá contribuir para o encaminhamento tardio, prende-se com o facto de os casos permanecerem nas estruturas de saúde, com o objectivo de se obter um diagnóstico, que não deveria ser considerado indispensável à sinalização da criança/família. Nos casos de risco biológico ou social, a sua detecção é, por vezes difícil, por parte dos serviços de Saúde Primários, serviços de Educação e de Segurança Social. O estudo sobre a avaliação do impacto da Intervenção Precoce no Alentejo (Franco & Apolónio, 2008) encontrou também um processo demorado de encaminhamento que, em média, leva um ano desde a primeira detecção de dificuldades até ao início da intervenção, passando pelo diagnóstico.

No início do processo de Intervenção Precoce, os profissionais tentam estabelecer um diagnóstico, para que se proceda à adequação dos serviços, para fazer face aos problemas apresentados, ou fazer o encaminhamento para outros serviços quando necessário. Deve ser ainda desenvolvido o plano de intervenção, individualizado, de acordo com cada família (Bailey, Scarborough, & Hebbeler, 2003).

Quanto à natureza das práticas de avaliação com vista ao diagnóstico, podemos encontrar diferentes perspectivas. Alguns autores (TeKolste, s.d.) enfatizam que para se chegar a esse plano e para se estabelecer um diagnóstico, é necessário que seja utilizado um conjunto de instrumentos padronizados, com boas propriedades psicométricas, uma vez que, se estas não existirem, uma boa parte das crianças com dificuldades no seu desenvolvimento, não serão detectadas. Deverão ser, por isso, utilizados instrumentos que avaliam diferentes áreas do desenvolvimento, a fim de dar conta da situação actual da criança.



ELEGIBILIDADE, CARACTERIZAÇÃO E DIAGNÓSTICO NAS EQUIPAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE DO ALENTEJO

Uma crítica possível a este tipo de instrumentos, métodos e procedimentos de avaliação de crianças mais pequenas é não estarem de acordo com os princípios da intervenção centrada na família, uma vez que, em grande parte dos casos, essas metodologias estão direccionadas para os profissionais (McWilliam, 2003).

Outros aspectos que são considerados como contribuindo para afastar os pais do processo de avaliação dizem respeito ao facto de ser utilizada uma linguagem técnica, confiança em testes não funcionais e estandardizados e, ainda, a divisão do desenvolvimento da criança por áreas disciplinares. Um outro aspecto que pode afastar a família deste processo é o contexto em que as avaliações ocorrem, já que são habitualmente efectuadas no território dos técnicos. Tendo em conta as desvantagens deste contexto, alguns programas de intervenção precoce efectuam as avaliações em casa ou no contexto pré-escolar onde a criança está inserida. McWilliam (2003) sugere que poderá combinar-se a observação em contexto natural das rotinas familiares com os métodos de avaliação mais tradicionais.

De qualquer modo, para se poder fazer o acompanhamento da criança e da família, é necessário estabelecer um diagnóstico ou algum tipo de caracterização da criança/família, que considere diferentes níveis, uma vez que a problemática apresentada pela criança é, na grande parte dos casos, múltipla, afectando diferentes domínios, e tendo uma origem multifactorial, isto é, envolvendo uma interacção entre factores genéticos, aspectos de saúde, relações afectivas e o contexto em geral. Assim, o diagnóstico em Intervenção Precoce deverá necessariamente abranger aspectos biológicos, psicológicos, sociais e educativos, exigindo a colaboração de profissionais de diferentes disciplinas como, por exemplo, médicos, psicólogos, educadores, entre outros (GAP, 2000).

Também o desenvolvimento da CIF – CJ pretende permitir a passagem de uma classificação baseada nas consequências da doença, para uma classificação baseada nas componentes de saúde, possibilitando uma abordagem abrangente e unificadora da incapacidade e da funcionalidade dos sujeitos. A existência de uma classificação baseada num modelo conceptual ecológico-sistémico, adaptado a crianças e jovens, e tendo um carácter universal, pode ser considerado de grande importância, na medida em que contribui para a caracterização das crianças, tendo por base um perfil funcional, e não um rótulo diagnóstico. (Rosário, Leal, Pinto & Simeonsson, 2009).

No entanto, outros autores têm acentuado outros diferentes aspectos deste diagnóstico multidimensional. Por exemplo, sendo que muitas famílias acompanhadas pela Intervenção Precoce são economicamente desfavorecidas, vivendo em meios com falta de condições de habitação, para podermos caracterizar a criança, é necessário ter em conta, não só o diagnóstico, mas também informações sócio-demográficas da família, como os rendimentos, a assistência que recebe, a situação de pobreza e escolaridade dos pais (Scarborough, Spiker, Mallik, Hebbeler, Bailey, & Simeonsson, 2004).

A ODAT, Organización Diagnóstica de la Atención Temprana (GAP, 2004) (ou ODIP Organização Diagnóstica para a Intervenção Precoce, na sua versão em língua portuguesa) tem como objectivo organizar o diagnóstico, englobando as dimensões individuais, familiares e ambientais, tanto das perturbações como dos factores de risco. Trata-se de um instrumento que permite reunir informações da criança relativamente ao seu estado de saúde, bem como às suas capacidades perceptivas, motoras, cognitivas, comunicativas, emocionais, adaptativas e sociais. A ODIP pretende colmatar a inexistência de um instrumento específico que englobe as várias informações da criança, família e contexto, permitindo, também, recolher informação epidemiológica relativamente à população atendida pelas Equipas de Intervenção Precoce, o que pode facilitar a planificação dos recursos necessários (GAT, 2004).



DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO DE LA INFANCIA

OBJECTIVOS

O presente estudo tem como objectivo conhecer a forma como as Equipas de Intervenção Precoce do Alentejo procedem à elegibilidade das crianças para os seus serviços, e a forma como fazem o diagnóstico e a caracterização dessas crianças e /ou famílias.

Pretende-se verificar a) como é que as Equipas de Intervenção Precoce do Alentejo seleccionam as crianças que serão acompanhadas; b) quais os meios utilizados para recolher a informação relativa à criança, c) quais os instrumentos e metodologias utilizados para obter informação relativa ao desenvolvimento da criança, características familiares e ambientais, e d) quais as necessidades encontradas pelas equipas no diagnóstico e caracterização das crianças.

METODOLOGIA

Participaram no estudo 34 Equipas de Intervenção Precoce do Alentejo, das 48 existentes. As respostas foram dadas pelo respectivo coordenador da equipa (em 28 dos casos) ou por outro profissional em sua substituição, assim distribuídos em termos de grupo profissional: 6 Educadoras de Infância, 1 Fisioterapeuta, 2 Professoras, 8 Psicólogos, 12 Técnicos de Serviço Social, 1 Socióloga e 4 Terapeutas da fala. A experiência profissional destes técnicos, em Intervenção Precoce, varia entre 1 e 9 anos.

Para a recolha dos dados foi usado um questionário, especificamente preparado para o efeito, incidindo sobre: a) a forma como é tomada a decisão sobre se um determinado caso é acompanhado ou não pela equipa; b) local onde é feita a avaliação da criança e os profissionais envolvidos; c) a forma como é feita esta recolha de informação com vista ao diagnóstico e os respectivos instrumentos; e d) as necessidades sentidas pelos profissionais no processo de diagnóstico e caracterização das crianças.

RESULTADOS

a) Elegibilidade

No que diz respeito à forma como são seleccionadas as crianças para acompanhamento pela equipa 97,1% responderam que é “a equipa em conjunto” que selecciona os casos, sendo que apenas uma equipa (2,9%) respondeu que é o coordenador da equipa que faz esta selecção.

Relativamente à forma como é feita a selecção dos casos que são sinalizados, 91,18% afirmam que é a equipa que “avalia cada caso e depois decide se o aceita ou não”, e apenas 8,82% referem que “aceitam à partida todos os casos”.

b) Avaliação e recolha da informação relativa à criança e /ou família

Relativamente ao local onde é feita a avaliação e/ou caracterização do caso, pediu-se aos participantes que respondessem numa escala de 1 a 5 (correspondendo de “Nunca” a “Sempre”). Os locais mais frequentes para realização da avaliação são o domicílio familiar e o Jardim de Infância da criança. Relativamente ao domicílio, 52,9 % respondem “muitas vezes, 26,5 % “quase sempre” e 5,9 % “sempre”. Quanto ao Jardim de Infância, 38,2% responderam “muitas vezes” e 35,3% “quase sempre” e cerca de 23% raramente ou nunca. Cerca de 50% referem raramente ou nunca fazem a avaliação nas instalações sede da equipa, embora 26,5 % tenham respondido “muitas vezes” e 14,7%, “quase sempre” (14,7%) e 5,9 “sempre”.

**ELEGIBILIDADE, CARACTERIZAÇÃO E DIAGNÓSTICO NAS EQUIPAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE DO ALENTEJO***Quadro 1- Local da avaliação*

Local	Nunca	Raramente	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
Domicílio	0	8,8	52,9	26,5	5,9
Jardim de Infância	2,9	20,6	38,2	35,3	0
Sede da Equipa	11,8	38,2	26,5	14,7	5,9

No que concerne às pessoas, exteriores às equipas, que estão envolvidas no processo de avaliação/caracterização da criança, também foi pedido aos participantes que avaliassem a frequência numa escala de 5 pontos entre “Nunca” e “Sempre”. No caso dos Médicos de Família 20,6% dos sujeitos responderam que eles “nunca” participam, 50,0% responderam que “raramente” e 23,5 % responderam “muitas vezes”. Quanto aos Médicos Especialistas, 8,8 % responderam que “nunca” participam, 41,2% responderam “raramente”, 44,1% responderam “muitas vezes” e 2,9 % “quase sempre”. Relativamente ao Educador de Infância da Criança, apenas 2,9 % referem que “nunca” participam, 2,9% “raramente”, mas 41,2% responderam “muitas vezes”, 29,4% responderam “quase sempre” e 23,5% responderam “sempre”.

Quadro 2- Técnicos exteriores à equipa

Local	Nunca	Raramente	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
Médico de família	20,6	50,0	23,5	0	0
Médico especialista	8,8	41,2	44,1	2,9	0
Educador do J. Infância	2,9	2,9	41,2	29,4	23,5

Relativamente aos técnicos da Equipa envolvidos no processo de avaliação, verifica-se que os que mais participam parecem ser os Psicólogos, Educadores de Infância e Terapeutas da fala. Os Psicólogos participam “sempre” em 20,6% dos casos, também 20,6% respondem que “quase sempre”, 26,5% “muitas vezes” e 14,7 % “nunca”. O Educador de Infância participa “sempre” em 38,2% dos casos, “quase sempre” em 23,5%, e “muitas vezes” em 32,4%. O Fisioterapeuta “sempre” em 8,8%, “quase sempre” em 8,8%, “muitas vezes” em 41,2%, e apenas “raramente” em 5,9% e nunca” em 14,7%. O Terapeuta da Fala “sempre” em 20,6%, “quase sempre” 26,5%, “muitas vezes” em 38,2%, nunca” apenas 5,9%.

Relativamente aos restantes técnicos: o Técnico de Serviço Social, 14,7% “sempre”, 23,5% “quase sempre”, 50,0% “muitas vezes” e apenas 8,8 % “raramente”; Terapeuta Ocupacional em quase metade dos casos “nunca” (41,2%), ou “raramente” (5,9%) participa, e em apenas 10 % “quase sempre” (8,8%), ou “sempre” (2,9%). Também o Enfermeiro “nunca” participa em 20,6%, ou “raramente” (47,1%).



DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO DE LA INFANCIA

Quadro 3- Técnicos de Equipa envolvidos na avaliação

Técnicos	Nunca	Raramente	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
Psicólogo	14,7	0	26,5	20,6	20,6
Técnico Serviço Social	0	8,8	50,0	23,5	14,7
Fisioterapeuta	14,7	5,9	41,2	8,8	8,8
Educador de Infância	0	0	32,4	23,5	38,2
Terapeuta da Fala	5,9	0	38,2	26,5	20,6
Terapeuta Ocupacional	41,2	5,9	17,6	8,8	2,9
Enfermeiro	20,6	47,1	11,8	5,9	5,9
Outro	0	0	5,9	0	2,9

c) Instrumentos e metodologias utilizados

O processo de avaliação e diagnóstico é feito recorrendo a instrumentos e metodologias da avaliação, para obter ou organizar a informação relativa ao desenvolvimento da criança, características familiares, e ambientais. Procurando saber quais os procedimentos mais frequentes, obtivemos que é “sempre” (70,6%) ou “quase sempre” (14,7%) usado o recurso à Observação directa da criança, assim como a consulta de Registo de dados sobre o desenvolvimento (64,7 % “sempre” e 14,7% “quase sempre”).

Relativamente a outros procedimentos, menos comuns, a Observação em Arena é usada “sempre” por 23,5% embora 23,5 % e 20,6 % nunca ou raramente a usem; O recurso a Observação no Jardim-de-Infância é usada “quase sempre” em 26,5% ou “sempre” (47,1%); a Observação no Domicílio “quase sempre” (29,4%), e “sempre” (32,4%); a Consulta com a Criança “sempre” em apenas 23,5% mas “raramente” em 11,8%; quanto à Consulta com a mãe/pai” 14,7% responderam “raramente” embora 5,9% “quase sempre” e 23,5% “sempre”; o uso de Instrumentos ou provas de avaliação “quase sempre” (29,4%), e “sempre” (58,8%); o recurso a Relatórios Médicos de Especialistas “sempre” em 14,7% ou “muitas vezes” em 52,9%, mas nalgumas equipas “raramente” (14,7%).

Quadro 4- Instrumentos e metodologias

Instrumentos	Nunca	Raramente	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
Registo de dados sobre o desenvolvimento	0	0	14,7	14,7	64,7
Observação directa	0	0	14,7	14,7	70,6
Observação em arena	23,5	20,6	11,8	8,8	23,5
Observação no JI	0	0	23,5	26,5	47,1
Observação no domicílio	0	5,9	26,5	29,4	32,4
Consulta com a criança	0	11,8	41,2	8,8	23,5
Consulta com pai/mãe	0	14,7	44,1	5,9	23,5
Instrumentos ou provas de avaliação	0	0	11,8	29,4	58,8
Relatórios médicos de especialistas	0	14,7	52,9	11,8	14,7



ELEGIBILIDADE, CARACTERIZAÇÃO E DIAGNÓSTICO NAS EQUIPAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE DO ALENTEJO

Foi também perguntado se na avaliação/caracterização da criança são usados instrumentos ou métodos específicos para os diferentes domínios, sendo solicitado que indicassem quais.

Assim, relativamente ao Desenvolvimento Motor, 88,2% das respostas vão no sentido da utilização de instrumentos específicos, sendo referidos como mais utilizados: Schedule of Growing Skills II (67%), Escala de R. Griffiths (23,5%) Escala de Aquisição de Competências II e McCarthy Scales of Children's Abilities (MSCA).

Relativamente ao Desenvolvimento Sensorial, 61,8% equipas responderam positivamente indicando os seguintes instrumentos/métodos: Schedule of Growing Skills II (44,1), Escala de R. Griffiths e WPPSI-R.

No que diz respeito ao Desenvolvimento Cognitivo quase todas as equipas (88,2%) responderam positivamente utilizando os seguintes instrumentos/métodos: Schedule of Growing Skills II (50,0%), WPPSI-R (26,4%), Griffiths (23,5%), Matizes P. e WISC-III.

Relativamente ao Desenvolvimento da Linguagem também quase todas as equipas (88,2%) responderam positivamente, utilizando os seguintes instrumentos/métodos: TALC- Teste de Avaliação da Linguagem na Criança (61,7%), Reynell - Escalas de Desenvolvimento da Linguagem de Reynell (50%) Schedule of Growing Skills II e Escala de Articulação.

No que concerne às Dimensões Emocionais ou Psicológicas, 67,6% responderam positivamente, utilizando os seguintes instrumentos/métodos: CAT (38,2 %) Teste Era uma Vez (17,6%) Escala de R. Griffiths e Teste de Desenho da Família.

No que diz respeito ao Funcionamento Familiar, 85,3% equipas responderam positivamente, dizendo utilizar os seguintes instrumentos/métodos: Ecomapa (41,1%), EBR - Routines Based Interview (41,1%) e Escala de Funcionamento da Família.

Relativamente aos Factores de Risco Biológico, 52,9% equipas responderam de forma positiva, embora na descrição dos instrumentos/métodos refiram apenas o recurso à Anamnese, história de vida ou informação médica.

No que concerne aos Factores de Risco Familiar, 67,6% responderam positivamente embora também aqui a Anamnese, e o Índice Multirisco sejam os mais usados ainda que num número muito limitado em 2 ou 3 casos.

No que diz respeito aos Factores de Risco Social, 70,6% responderam positivamente, referindo o recurso ao Índice Multirisco (17,6%) e Anamnese.

De referir que todas as restantes respostas foram distribuídas por procedimentos muito particulares usados apenas numa ou duas equipas.

d) Sistematização da informação

Procurámos também conhecer os procedimentos seguidos pelas equipas para sistematizar a informação diagnóstica recolhida.

32,4% das equipas respondem que “quase sempre” e 23,5 % que “sempre” recorre a uma Metodologia Específica. Quanto à procura do Parecer de Especialistas Externos à Equipa, 64,7% responderam “muitas vezes”, embora as respostas “raramente” (17,6%) e “nunca” (5,9%) também sejam significativas.

Quadro 5- Sistematização da informação

Procedimentos	Nunca	Raramente	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
Recorre a uma metodologia específica	5,9	2,9	14,7	32,4	23,5
Procura o parecer de especialistas externos à equipa	5,9	17,6	64,7	5,9	5,9
Outras formas	2,9	2,9	2,9	0	2,9



DESAFIOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO DE LA INFANCIA

d) Necessidades das equipas no diagnóstico e caracterização das crianças

Procurámos também identificar as necessidades das equipas no processo de diagnóstico e caracterização das crianças. Mais de metade (52,9%), diz sentir “muitas vezes” “dificuldade na caracterização/diagnóstico da criança”, além de mais, 5,9% “quase sempre” e 8,8% “sempre”.

No que se refere à avaliação da família 52,9% das respostas foram no sentido de sentir dificuldades “muitas vezes”, “quase sempre” (11,8%), e “sempre” (5,9%).

Relativamente à avaliação do contexto social essas mesmas dificuldades são sentidas “muitas vezes” (52,9%), “quase sempre” (8,8%), e “sempre” (5,9%).

A necessidade de instrumentos comuns a diferentes técnicos é valorizada como existindo “muitas vezes” (38,2%), “quase sempre” (23,5%), “sempre” (14,7%).

Quadro 6- Dificuldades e necessidades

Dificuldades	Nunca	Raramente	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
Sinto dificuldades na caracterização/diagnóstico da criança	0	26,5	52,9	5,9	8,8
Sinto dificuldades na caracterização/diagnóstico da família	0	23,5	52,9	11,8	5,9
Sinto dificuldades na caracterização/diagnóstico do contexto social	0	26,5	52,9	8,8	5,9
Sinto necessidade de instrumentos comuns a diferentes técnicos	0	23,5	38,2	23,5	14,7
Outras dificuldades	2,9	0	0	2,9	0

CONCLUSÕES

Através deste estudo pretendemos ficar a conhecer a forma como as equipas de Intervenção Precoce do Alentejo abordam a avaliação dos casos que acompanham.

No que se refere à elegibilidade dos casos, os resultados obtidos mostram-nos que a generalidade das equipas tem um papel activo na admissão assim como no processo de tomada de decisão.

Relativamente ao local onde é feito o processo de avaliação/caracterização, verificou-se que o domicílio da família é o local privilegiado, seguindo-se o Jardim-de-Infância, e por fim a sede da Equipa, sendo esta utilizada com menor frequência. O que pode levantar a questão das condições adequadas para a passagem de provas estandardizadas, já que muitos dos procedimentos mais adiante descritos são desse tipo, mas também parece ser mais adequado ao defendido para uma intervenção centrada na família (McWilliam, 2003).

Neste processo de avaliação participam frequentemente os Médicos Especialistas e também o Educador de Infância da criança, sendo o Médico de Família raramente solicitado.

Na avaliação feita pela equipa verifica-se que o Educador de Infância é o técnico da equipa que mais vezes está presente, seguido do Psicólogo e do Terapeuta da Fala, com uma frequência menor. O Terapeuta Ocupacional e o enfermeiro são os que estão menos presentes, sendo também os técnicos que as equipas menos possuem.

No que diz respeito à forma como é recolhida a informação, a maior parte das equipas referiram que é feita através de Observação Directa, da consulta do Registo de Dados Sobre o Desenvolvimento e do recurso aos Instrumentos ou Provas de Avaliação. Os Relatórios Médicos de Especialistas são os elementos menos utilizados na recolha de informação.

Os instrumentos ou métodos utilizados para a avaliação/caracterização da criança são na, sua



ELEGIBILIDADE, CARACTERIZAÇÃO E DIAGNÓSTICO NAS EQUIPAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE DO ALENTEJO

maioria, referentes ao Desenvolvimento Motor, Desenvolvimento Cognitivo e Desenvolvimento da Linguagem, sendo também estas as perturbações mais visíveis. Os menos utilizados dizem respeito aos Factores de Risco Biológico, Risco Familiar e Risco do Meio ambiente ou contexto.

Para sistematizar a informação recolhida sobre cada caso, as equipas dizem procurar frequentemente o parecer de especialistas externos à equipa, não sendo identificadas outras formas de sistematização da informação.

Relativamente às dificuldades sentidas pelas equipas, grande parte delas refere que as sente tanto na caracterização/diagnóstico da criança, como na caracterização/diagnóstico da família ou na caracterização/diagnóstico do contexto social. Tais dificuldades são consistentes com a forma como as equipas descrevem os procedimentos utilizados para a própria avaliação, já que, por um lado, parece haver uma utilização intensiva de uma prova de rastreio das perturbações do desenvolvimento, a Escala “Growing Skills II” e, por outro, na avaliação dos factores de risco não são identificadas metodologias específicas orientadoras.

Pelo que se pode concluir pela necessidade de desenvolvimento de práticas sistemáticas de avaliação e diagnóstico que não tenham em conta apenas dimensões genéricas do desenvolvimento, mas aprofundem a sua caracterização e que permitam também operacionalizar as dimensões do risco, tanto no que se refere à criança como, especialmente, à família e ao contexto.

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

- Almeida, I. (2004). Intervenção precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade? *Análise Psicológica*, 1 (XXII) (pp. 65-72).
- Bailey, D., Scarborough, A., & Hebbeler, K. (2003). *Families First Experiences With Early Intervention*. National Early Intervention Longitudinal Study (NEILS). Consultado em 4 de Novembro de 2010 através de http://www.sri.com/neils/FE_Report.pdf.
- Decreto-Lei nº 281/2009, publicado no *Diário da República*, 1.ª série, n.º 193, de 6 de Outubro de 2009.
- Despacho Conjunto nº 891/99, publicado no *Diário da República*, 2ª Série, nº 244, de 19 de Outubro de 1999.
- Franco, V. & Apolónio, A. M. (2008). *Avaliação do Impacto da Intervenção Precoce no Alentejo: Criança, Família e Comunidade*. Évora: Administração Regional Saúde do Alentejo.
- GAT (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. (pp. 13-35). Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- McWilliam, P. J. (2003). Repensar a Avaliação da Criança. In J. P. McWilliam, P. J. Winton & E. R. Crais (2003). *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família*. Porto: Porto Editora.
- Pimentel, J. (2004). *Avaliação de Programas de Intervenção Precoce*. *Análise Psicológica* (2004), 1 (XXII): 43-54.
- Pinto, A. I., Grande, C., Felgueiras, I., Chaves de Almeida, I., Pimentel, J. S. & Novais, I. (2009). *Intervenção e Investigação em Idades Precoces: O Legado de Joaquim Bairrão*. *Psicologia*, Vol. XXIII (2), pp. 21-42.
- Rosário, H., Leal, T., Pinto, A. I & Simeonsson, R. J. (2009). Utilidade da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Versão para Crianças e Jovens (CIF – CJ) no Contexto da Intervenção Precoce e da Educação Especial. *Psicologia*, Vol. XXIII (2), pp. 129-139.



DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO DE LA INFANCIA

Scarborough, A., Spiker, D., Mallik, S., Hebbeler, K., Bailey Jr. D., Simeosson, R. (2004). *A National Look at Children and Families Entering Early Intervention*. Journal article, Vol. 70. Consultado em 4 de Novembro de 2010 através de http://www.questia.com/googleScholar.qst;jsessionid=17AAF998396C220DAA2CADF81E23BD80.inst2_1b?docId=5006400004.

TeKolste, K. (s.d.). *Developmental Surveillance & Screening: Monitoring to Promote Optimal Development*. Visto em 4 de Novembro de 2010 através de http://www.medicalhome.org/physicians/dev_surveillance.cfm.



International Journal of Developmental and Educational Psychology
Desafíos y perspectivas actuales de la psicología en el mundo de la infancia

INFAD, año XXIII
Número 1 (2011 Volumen 1)

© INFAD y sus autores
ISSN 0214-9877