

Problemas do desenvolvimento infantil e intervenção precoce

Child's development problems and early intervention

Vítor Franco¹
Madalena Melo²
Ana Apolónio³

RESUMO

A Intervenção Precoce (IP) é hoje uma prática multidisciplinar que procura responder às necessidades de crianças com perturbações do desenvolvimento e em situações de risco, ultrapassando os antigos modelos de estimulação precoce. O problema de decidir quais as crianças e famílias que devem ser apoiadas e as exigências do planeamento das intervenções acentuam a importância de um procedimento claro de caracterização, ou de diagnóstico, tanto das crianças como das situações. No modelo em que assenta a rede de intervenção precoce, de base local, implementada numa ampla região de Portugal, são enfatizadas as dimensões relacionais e contextuais do desenvolvimento e do risco. Dentro desta perspetiva, os autores têm procurado desenvolver práticas e instrumentos que permitam uma melhor elegibilidade dos casos e uma orientação técnica de intervenção mais focada nas efetivas necessidades da criança, da família e do contexto. São aqui apresentados os resultados da utilização da *ODIP – Organização Diagnóstica em Intervenção Precoce* – na caracterização das problemáticas de desenvolvimento e de risco de um total de 1.169 crianças e respetivos contextos.

Palavras-chave: intervenção precoce; desenvolvimento infantil; psicopatologia do desenvolvimento; diagnóstico.

¹ Doutor em Psicologia pela Universidade de Évora. Professor da Universidade de Évora, Portugal. E-mail: vfranco@uevora.pt.

² Doutora em Psicologia pela Universidade de Évora. Professora da Universidade de Évora, Portugal. E-mail: mmm@uevora.pt.

³ Doutoranda em Psicologia pela Universidade de Évora. Técnica da Administração Regional de Saúde Alentejo, Portugal. E-mail: amapolonio@gmail.com.

ABSTRACT

Early intervention is a multidisciplinary practice which seeks to respond both to the needs of children with developmental disabilities and those who are at risk, surpassing the old models of early stimulation. The problem of deciding which children and families should be supported, and the requirements for planning of interventions, stress the importance of a clear characterization, or diagnosis, of children and contexts. In the model underlying the network of Early Intervention, locally based, implemented in a wide region of Portugal, are emphasized relational and contextual dimensions of development and risk. The authors are developing practices and tools for better eligibility of cases and technical guidance intervention focused more on the actual needs of the child, family and context. Here are presented the results of the use of *DOEI – Diagnosis Organization in Early Intervention* – in the characterization of the development problems and risk of a total of 1.169 children and their contexts.

Keywords: early intervention; child development; developmental psychopathology; diagnosis.

Diagnóstico e caracterização dos problemas do desenvolvimento

Os problemas do desenvolvimento da criança foram, durante muitas décadas, abordados a partir de uma perspectiva essencialmente etiológica. Ou seja, a origem da perturbação era entendida como o fator determinante na caracterização da criança. Afirmar que a criança tem paralisia cerebral, trissomia 21 ou autismo prevalecia sobre a identidade e as características da criança concreta. Apesar da diversidade incontestável e, por vezes enorme, entre as crianças de cada um destes grupos, tendia a falar-se delas como se fossem grupos homogêneos, constituídos por pessoas iguais ou semelhantes. Do ponto de vista da intervenção também, muito frequentemente, as variáveis relativas aos indivíduos concretos tendiam a ser desvalorizadas e a afirmar-se o valor da intervenção padronizada.

Muitas vezes se acentua a necessidade de ultrapassar um modelo médico de compreensão das crianças com dificuldades, perturbações do desenvolvimento ou necessidades especiais. Talvez fosse mais rigoroso dizer que a um modelo de diagnóstico e caracterização essencialmente etiológico se devem, necessariamente, adicionar outras dimensões de compreensão dessa realidade.

De facto, o diagnóstico etiológico refere-se, e remete-nos, especificamente para a origem do problema. Tradicionalmente, essa origem busca-se numa dimensão biológica, genética ou neurológica. Esse é continuamente o esforço

de uma parte da investigação, mais valorizada no que se refere às crianças e seus problemas, assistindo-se a uma procura das causas deste tipo para situações como a hiperatividade, o autismo ou a dislexia. Mas o mesmo modelo de abordagem etiológica prevalece muitas vezes nas avaliações de tipo social, sempre que qualquer perturbação ou alteração do curso normal do desenvolvimento passa a ser considerada como explicada por uma origem, ou facto, de natureza social. Conforme as épocas, diferentes explicações etiológicas de tipo social, para os mais diversos problemas, foram sendo populares, fosse a qualidade das relações, a natureza do funcionamento familiar ou qualquer outro fenómeno entendido como traumatizante ou especialmente impactante no desenvolvimento.

Já o diagnóstico sindromático aborda a problemática das perturbações do desenvolvimento de outro ponto de vista: o da descrição dos elementos característicos e comuns, mais frequentes numa determinada população. O preponderante passa a ser a dimensão dos sinais, sintomas ou características (comportamentais ou morfológicas) comuns. Mesmo que, como muitas vezes acontece, não se conheça a etiologia, a descrição dos quadros típicos, bem determinados e fechados, tem possibilitado a compreensão de determinadas problemáticas e a procura de intervenções eficazes. A descrição de quadros sindromáticos, como, por exemplo, no autismo, é independente de perspectivas etiológicas que lhe podem subjazer. Neste exemplo concreto, a abordagem sindromática de Kanner ou Asperger permanece válida mesmo que as suas orientações ou hipóteses etiológicas sejam questionáveis e careçam hoje de suporte empírico.

No entanto, a descrição sindromática fala-nos mais dos limites ao desenvolvimento do que da especificidade de cada criança. É mais afirmativa sobre o esperado, comum e permanente do que sobre a variabilidade individual. A própria descrição da síndrome pode, desde logo, colocar limites mais rígidos ou mais frouxos às expectativas de desenvolvimento de algumas dimensões ou características. Veja-se o exemplo de crianças com síndrome de Down em que, se há características sempre presentes e com pouca variabilidade, há outras que, mesmo sendo comuns, admitem enormes diferenças interindividuais.

Assim sendo, a passagem deste tipo de abordagem diagnóstica a um tipo de abordagem funcional, mais do que uma rutura, é um movimento de complementaridade na intervenção precoce no desenvolvimento infantil. A CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade – classificação da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2001; 2007) vai nesse mesmo sentido de colocar a ênfase na funcionalidade mais do que naquilo que lhe subjaz. Do mesmo modo os movimentos que, na educação, acentuam perspectiva nas necessidades educativas especiais (em oposição ao modelo de caracterização etiológico).

Na Intervenção Precoce (IP), que é uma modalidade de trabalho que envolve diferentes tipos de profissionais e de saberes (FRANCO, 2007), a com-

plementaridade e a articulação entre diferentes abordagens da caracterização e do diagnóstico são nucleares. Haverá contextos e processos de intervenção em que a dimensão etiológica pode servir de pouco ou em que a dimensão sindromática pode nem sequer ser considerável, já que a atividade concreta da criança, as suas ações, competências e participação efetiva é que são determinantes para o trabalho a realizar. No entanto, os limites de eficácia dessa intervenção dependem, fortemente, da preexistência de uma compreensão etiológica e/ou sindromática, sob pena de grande desorientação quanto ao sentido, natureza e grau das intervenções a realizar.

Desta tripla perspetiva, resulta uma mudança significativa na própria formação dos profissionais acerca das patologias do desenvolvimento, que por vezes tende a ser um mero fornecimento de informação sobre algo exótico e fora dos interesses profissionais. Esta formação tem de se situar nos limites das práticas profissionais daqueles que recebem formação e no respeito pelas suas competências, mesmo quando se pretende alcançar uma prática de características transdisciplinares (FRANCO, 2007). No caso concreto da intervenção precoce, a conjugação desta tríplice abordagem permite integrar o domínio de instrumentos e metodologias de caracterização e de avaliação do desenvolvimento de diferentes tipos e naturezas, sem quebra de uma unidade da informação sobre a criança e o seu desenvolvimento, desde escalas de desenvolvimento a testes de competências específicas, a instrumentos de caracterização do contexto ou de avaliação da funcionalidade (BUCETA; PÉREZ-LÓPEZ; BRITO, 2004).

O contexto, problemas e risco

Outro aspeto fundamental relativo à caracterização dos problemas de desenvolvimento, tem a ver com a concepção do próprio processo desenvolvimental.

Hoje é unanimemente aceite que a qualidade do desenvolvimento individual da criança é indissociável dos seus contextos de desenvolvimento. Não negando a importância dos processos maturativos, biológicos ou psicológicos, a qualidade concreta do desenvolvimento relaciona-se diretamente com as qualidades dinâmicas do contexto em que decorre, quer sejam as qualidades relacionais, interativas ou transicionais desse contexto próximo, quer sejam as características do sistema mais amplo que constitui o seu contexto ecológico de vida.

Os problemas do desenvolvimento encontram-se assim numa confluência de fatores de risco, fatores de proteção e condições particulares em que uns e

outros interatuam (CICCHETTI, 1984; CICCHETTI; COHEN, 1995; RUTTER, 1996).

Esta compreensão da psicopatologia do desenvolvimento, no entanto, em termos da intervenção concreta tende muitas vezes a esbater-se, já que a principal tendência é sempre para avaliar a criança naquilo que ela é (ou mostra, num determinado momento) ou então para uma tentativa de ter em conta uma tão grande multiplicidade de fatores que se perde qualquer operacionalidade ou rigor no planeamento da intervenção.

Por isso é importante que, no processo de avaliação e caracterização das crianças, se possa incluir uma igualmente rigorosa avaliação dos elementos contextuais, quer se trate da família, quer seja o contexto de vida mais alargado. E que estas diferentes dimensões possam ser articuladas em conjunto. O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância define-se como abrangendo “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” (PORTUGAL, 2009). Por sua vez, o primeiro grupo é definido como aquele em que se identifica “qualquer risco de alteração, ou alteração que limite o normal desenvolvimento da criança e a sua participação, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, consoante a idade e o contexto social”, o que implica a avaliação desses referenciais de desenvolvimento e do contexto.

Já o “risco grave de atraso de desenvolvimento” é definido como a verificação de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança”. Incluindo as condições biológicas pré e perinatais (BENEVIDES, 2004), as condições familiares passadas e atuais (SAMEROFF; FIESE, 2000) e as dimensões do contexto e ambiente do desenvolvimento (GÓMEZ-ARTIGA; VIGUER-SEGUÍ; CANTERO-LÓPEZ, 2003).

A questão do diagnóstico é fulcral na intervenção precoce por dois tipos de razões: a elegibilidade dos casos e o planeamento da intervenção de equipa. No que se refere à elegibilidade, importa definir, com base em critérios claros, quais as crianças que devem ser enviadas para as equipas de IP, quais as que deverão ser acompanhadas e quais os casos em que irá haver uma intervenção com a criança, com a família ou no contexto. A falta de critérios rigorosos nos procedimentos de caracterização e diagnóstico tornará difícil não só que a equipa decida quanto ao conceder ou não apoio, como dificultará os processos de articulação e encaminhamento com outros serviços e respostas sociais. No que se refere ao planeamento da intervenção, este aspeto é fulcral pelos problemas que se levantam na articulação do trabalho dos diferentes profissionais

(médicos, educadores, psicólogos, terapeutas, técnicos sociais, etc.) e da forma como abordam e descrevem cada criança ou família.

Estudo de caracterização da população apoiada pela rede de intervenção precoce

A rede de intervenção precoce do Alentejo

O Alentejo é a maior região de Portugal, ocupando 33% do território, tendo, no entanto, uma baixa densidade populacional (23,8 hab/km² contra 113,9 da média nacional), consideravelmente mais baixa que a média europeia. Tem uma população total inferior a um milhão de habitantes, com um povoamento tendencialmente concentrado nas 3 cidades sede de distrito, com franjas significativas de população rural, em situação de isolamento geográfico e social, um elevado nível de envelhecimento e baixas taxas de escolarização. Tem, no entanto, ótimas taxas de pré-escolaridade (95%), acima da média nacional, e uma boa cobertura pelo Sistema Nacional de Saúde.

A estrutura atual da rede de intervenção precoce no Alentejo desenvolveu-se a partir de 2001, integrando as respostas que já existiam no terreno de instituições ligadas à deficiência. Em 2002 existiam já 15 equipas, que apoiavam 605 crianças, e no final de 2008 todos os municípios tinham uma equipa a funcionar, embora com diferentes graus de aprofundamento do trabalho (APOLÓNIO; FRANCO; MIRANDA, 2010).

Esta rede assenta numa estrutura desconcentrada, com três níveis de organização geográfica: uma Equipa Regional, com funções de gestão global, Equipas de Coordenação Distrital, que asseguram as funções de coordenação, acompanhamento e monitorização, e Equipas de intervenção direta, de âmbito concelhio, que trabalham diretamente com as crianças e famílias apoiadas, em articulação com os parceiros locais, de acordo com a atual legislação (PORTUGAL, 2009). A promoção das parcerias locais, através da constituição de equipas que em cada município integram os serviços e instituições da comunidade, revelou-se fundamental para o sucesso do programa, promovendo uma resposta integrada às necessidades das famílias e uma rentabilização dos recursos existentes.

Atualmente todos os municípios da região Alentejo estão cobertos pela rede de Equipas, que são, no total, 42. A constituição destas equipas é multidisciplinar e engloba educadores de infância, psicólogos, técnicos de serviço

social, terapeutas das várias áreas, médicos e enfermeiros pertencentes à rede de cuidados de saúde primários, num total de 293 profissionais. Há 29 Instituições Particulares de Solidariedade Social, ou equiparadas, que asseguram o enquadramento jurídico das equipas, por meio da celebração de Acordos de Cooperação com os serviços tutelares.

O número de crianças apoiadas é próximo das 2.500, portadoras de deficiência, com problemas de desenvolvimento ou em situação de risco grave.

A grande maioria das crianças é apoiada nos contextos naturais de vida (domicílio ou jardim de infância), em articulação estreita com as respostas dos cuidados de saúde secundários ou centros especializados sempre que necessário, sendo adotada uma perspetiva de intervenção centrada na família (FRANCO; APOLÓNIO, 2008). A intervenção é feita em função de um plano individual e é necessário que este plano,

elaborado pelas equipas locais de intervenção do SNIPI (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância), oriente as famílias que o subscrevam e 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 (PORTUGAL, 2009, p. 7298).

Instrumento

O instrumento usado para caracterizar as crianças apoiadas pelas Equipas de Intervenção Precoce foi a ODIP – *Organização Diagnóstica em Intervenção Precoce* (FRANCO; APOLÓNIO, 2010), versão portuguesa da ODAT, criada originalmente pela Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT, 2004, 2007, 2008).

A ODIP foi concebida precisamente como instrumento de organização dos diagnósticos e categorização das crianças em acompanhamento pela intervenção precoce e suas famílias e contextos. Não é um instrumento de diagnóstico, mas integra em si a possibilidade de organizar as avaliações nos diferentes domínios do desenvolvimento (BELDA, 2006a, 2006b). Em relação aos procedimentos correntes de organização da informação decorrente da avaliação e caracterização dos casos, pretende ser um instrumento mais amplo e abrangente, útil na classificação dos fatores de risco e das perturbações do desenvolvimento com a grande vantagem de juntar numa mesma grelha de organização diagnóstica os dois grandes níveis que levam ao encaminhamento para a intervenção precoce: as perturbações do desenvolvimento e os fatores de risco.

A ODIP procura também estabelecer uma linguagem que possa ser comum entre os diferentes profissionais que trabalham na IP. Trabalhando com base numa mesma grelha, os técnicos que integram as equipas, mantendo a especificidade dos seus procedimentos diagnósticos, são estimulados a tornar mais clara e compreensível a sua linguagem técnica, a reconhecer as zonas de sobreposição e interligação de saberes e a usar uma linguagem que possa ser reconhecida e aceite por todos, no sentido da criação de verdadeiro trabalho de equipa.

Outro aspeto inovador da ODIP é juntar numa mesma classificação todos os aspetos que estão presentes na abordagem da intervenção precoce: biológicos, psicológicos, educacionais e sociais. Embora cada profissional tenha as suas metodologias específicas, que tendem a segmentar saberes e informação, a criança é um todo e como tal deve ser entendida pelas equipas e profissionais, pelo que a integração de elementos e categorias diagnósticas num mesmo instrumento organizador permite interligar todos os domínios – biológicos, psicológicos, educacionais e sociais – da criança, da família e dos contextos.

Tal forma de organização diagnóstica revela-se também especialmente útil para disponibilizar dados epidemiológicos, estabelecendo a prevalência das diferentes perturbações do desenvolvimento e situações de risco. O conhecimento da população com que trabalham permite às equipas planear melhor as suas intervenções e o uso dos seus recursos e às entidades de coordenação conhecer melhor as necessidades a que responder.

É objetivo do presente trabalho utilizar precisamente os dados disponíveis para caracterizar melhor a esta população.

Para além destes objetivos e qualidades, a ODIP tem-se revelado também útil para:

- Planear e desenhar investigação, já que a disponibilidade de dados mais claros e objetivos permite planear e desenvolver mais pesquisa sobre as populações apoiadas, as metodologias de intervenção e os resultados obtidos.

- Organizar a observação, ajudando na integração da informação fornecida por procedimentos de avaliação baseados em instrumentos ou metodologias específicas, com a observação direta da criança e da família, não perdendo o foco da informação fundamental a recolher.

- Facilitar a tomada de medidas preventivas, uma vez que o conhecimento dos grandes grupos de necessidades, perturbações ou situações de risco, permite planejar medidas de tipo preventivo que poderão, por vezes, obter resultados mais significativos do que os das metodologias centradas apenas na resolução do caso individual.

- Facilitar a elaboração de relatórios, através da recolha automática de dados e na organização da informação, sendo um bom auxiliar na gestão dos casos ou das equipas (FRANCO; APOLÓNIO, 2010).

Com foi dito, a ODIP não pretende ser um novo instrumento de diagnóstico, mas integrar as metodologias já existentes. As dimensões das perturbações do desenvolvimento (sejam da criança, da família ou do contexto) permitem a utilização de escalas e/ou outros instrumentos estandardizados, de diferentes dimensões. Na sua construção (GAT, 2004; 2007; 2008; BELDA, 2006a) foram especialmente tidos em conta e integrados os aspetos previstos pela CID-10, Classificação Internacional das Doenças, e especialmente a CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade (WHO, 2001; 2007), o DSM IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, a Classificação 0-3 – Classificação Diagnóstica da Saúde Mental e das Perturbações do Desenvolvimento e da Infância Precoce e o Manual da American Association on Mental Retardation.

A ODIP é um instrumento multiaxial, coerente com as perspetivas teóricas centradas na criança e na família numa perspetiva ecológica e com as legislações que diferenciam entre perturbações e situação de risco na população apoiada. Essa estrutura axial comporta, assim, dois níveis e em cada nível eixos relativos à criança, à família e ao contexto. Daqui resulta:

Nível 1, que identifica os fatores de risco de alteração do desenvolvimento, quer ao nível da própria criança, quer ao nível da sua família e do respetivo ambiente e que inclui três Eixos: Eixo 1 – Fatores biológicos de risco; Eixo 2 – Fatores familiares de risco; e Eixo 3 – Fatores ambientais de risco.

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

Cada Eixo é depois desdobrado em categorias diagnósticas e elementos diagnósticos, que correspondem aos itens mais detalhados (FRANCO; APOLÓNIO, 2010).

Procedimentos

Para a recolha de informação, foi usada a aplicação informática criada para a ODIP, que gerou uma base de dados relativa às crianças e famílias apoiadas pelas equipas de IP de toda a região Alentejo e que nos permite ter uma informação alargada sobre as características dessa população, nomeadamente o diagnóstico principal e o diagnóstico detalhado.

O procedimento de recolha dos dados envolveu os seguintes procedimentos:

(a) Formação e informação de responsáveis de todas as equipas, através de sessão de caráter formativo em que foi apresentada a ODIP, seus objetivos,

características e modo de utilização. Foi fornecido um Guia contendo instruções escritas sobre o instrumento e sua utilização 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 respetiva chave de acesso, de modo a poder introduzir a informação relativa a cada caso e gerar os respetivos relatórios.

Participaram no processo 34 equipas, tendo sido considerado um total de 1.169 crianças.

Resultados

Os resultados obtidos nos permitem caracterizar de forma clara a população que tem o apoio da rede de intervenção precoce. Trata-se de crianças sinalizadas para apoio e que já se encontram a ser acompanhadas por uma das equipas.

As perturbações do desenvolvimento são, como esperado, o motivo principal do acompanhamento (Quadro 1). Em 61,6% das situações, o diagnóstico principal é relativo à existência de uma perturbação do desenvolvimento (mesmo que haja outros fatores associados). As perturbações do funcionamento familiar (5,1%) e as perturbações do contexto de vida da criança (7,0%) são raramente o aspeto dominante do acompanhamento. Já no que se refere aos fatores de risco, são, na sua totalidade, apenas 26,4%, distribuídos de forma muito semelhante entre fatores de risco biológico e fatores de risco ligados à família e ao contexto.

<i>Diagnóstico principal</i>	%
Fatores biológicos de risco	8,6
Fatores familiares de risco	9,2
Fatores ambientais de risco	8,6
Perturbações do desenvolvimento	61,6
Perturbações da família	5,1
Perturbações do ambiente/contexto	7,0

QUADRO 1 – Diagnóstico Principal.

FONTE: Os autores (2011)

Olhando com uma atenção mais particular os diferentes tipos de perturbações de desenvolvimento que integram o diagnóstico principal (Quadro 2),

verificamos que os da comunicação e linguagem são mais frequentes (21,8% dos diagnósticos principais) seguidos pelos atrasos de desenvolvimento (13,5%), sendo estes os dois únicos grupos com uma expressão acima dos 10%.

<i>Tipo de perturbações do desenvolvimento</i>	<i>%</i>
Perturbações do desenvolvimento motor	3,7
Perturbações visuais	0,8
Perturbações auditivas	1,3
Perturbações psicomotoras	3,9
Atraso do desenvolvimento	13,5
Perturbações do desenvolvimento cognitivo	2,0
Pert. desenv. da comunicação e da linguagem	21,8
Perturbações de expressão somática	0,4
Perturbações emocionais	4,1
Perturbações da regulação e do comportamento	5,1
Perturbações da relação e da comunicação	3,2
Multideficiência	1,0
Outras	1,0

QUADRO 2 – Tipos de perturbações do desenvolvimento.

FONTE: Os autores (2011)

Quanto aos elementos diagnósticos que integram as diferentes categorias, há dois aspetos que podemos salientar: (a) a quantidade de diagnósticos principais, ou seja o número de crianças apoiadas em que esse diagnóstico é o motivo primeiro do acompanhamento; e (b) a presença desse diagnóstico no total das crianças apoiadas, ou seja, o número de crianças que, independentemente dos motivos que levam ao apoio por parte da rede de IP, apresentam esse elemento diagnóstico particular.

No Quadro 3 são apresentados os elementos diagnósticos mais frequentes. Tanto num caso como noutro sobressaem os atrasos da linguagem e da fala. O atraso da linguagem representa 9,75% dos diagnósticos principais e está presente em 30,88% da totalidade dos casos apoiados. Os atrasos de desenvolvimento leves e moderados vêm a seguir, com 5,56% e 4,45% dos diagnósticos principais e estando presentes em 14,54% e 8,13% da totalidade das crianças. Como elementos diagnósticos principais de outra natureza, surgem apenas o Atraso psicomotor simples (2,91% dos diagnósticos principais, embora 11,98% dos casos), as Perturbações da ansiedade (1,71% e 5,05%), sendo que todas as restantes problemáticas do desenvolvimento são inferiores a 2% dos diagnósticos principais ou a 5% dos casos totais. De referir dois casos particulares no equilí-

brío entre o total de diagnósticos principais e a incidência total da perturbações: o caso do autismo, que é sempre diagnóstico principal (1,45% dos casos) e as perturbações de coordenação dinâmica que, embora muito presentes (11,38%), raramente são consideradas o motivo principal do acompanhamento.

<i>Perturbação do desenvolvimento da criança</i>	Diagn. Princip. %	Total Casos %
4.g.f. Atraso simples da linguagem	9,75	30,88
4.g.b. Atraso simples da fala	6,33	20,96
4.e.a Atraso de desenvolvimento leve	5,56	14,54
4.e.b. Atraso de desenvolvimento moderado	4,45	8,13
4.g.a. Dislalia	3,68	10,44
4.d.a. Atraso psicomotor simples	2,91	11,98
4.e.c. Atraso de desenvolvimento grave	2,40	5,22
4.i.b. Perturbação por ansiedade	1,71	5,05
4.a.a. Paralisia cerebral infantil	1,54	2,74
4.k.b. Perturbação autística	1,45	1,45
4.j.d. Desorganizado, com impulsividade motora	1,20	4,02
4.i.a. Multideficiência	0,94	1,54
4.a.e. Perturbação de origem osteo-articular	0,86	2,31
4.k.f. Perturbação generalizada do desenvolvimento não especificada	0,86	1,45
4.f.b. Deficiência intelectual moderada	0,77	2,14
4.j.l. Perturbação de oposição	0,77	2,65
4.e.e. Atraso de desenvolvimento não especificado	0,68	1,63
4.j.m. Perturbação disruptiva do comportamento	0,60	1,28
4.f.a. Deficiência intelectual leve	0,51	2,99
4.i.g. Perturbação reativa da vinculação	0,51	2,05
4.i.h. Perturbação adaptativa	0,51	2,22
4.j.b. Pert. comportamento Negativo, desafiante	0,51	3,42
4.a.f. Perturbação do tónus não especificada	0,43	5,56
4.d.b. Perturbação da coordenação dinâmica	0,43	11,38
4.b.e. Estrabismo	0,34	3,93
4.d.d. Perturbação da coordenação óculo-manual	0,17	9,24
*A numeração dos itens refere-se ao código do item no instrumento.		

QUADRO 3 – Principais perturbações do desenvolvimento.

FONTE: Os autores (2011)

Observando agora as perturbações relativas à família (Quadro 4), podemos verificar que, como seria de se esperar dada a natureza desta categoria, no que se refere às perturbações da interação, temos maior número de situações mais ligeiras (relações instáveis) e menos diagnósticos principais de casos mais graves (relações negligentes, apenas 0,17%). Parece, no entanto, que, no caso destas, a utilização corrente do termo “negligente” pode explicar um maior número de situações desta perturbação mais grave no total das crianças, sem, no entanto, daí serem extraídas as consequências diagnósticas que um correto uso da designação acarretaria. Já quanto à natureza e forma dessas perturbações, sobressai a tendência para a apatia e descuido (13,86% da população total) e para a sobreproteção (12,49%).

<i>Perturbação da família</i>	Diagn. Princip. %	Total casos %
5.A PERTURBAÇÕES DA INTERAÇÃO		
5.a.a. Relações instáveis	0,68	11,80
5.a.b. Relações alteradas.	0,60	7,53
5.a.c. Relações deterioradas	0,51	5,47
5.a.d. Graves perturbações da relação	0,51	3,08
5.a.e. Relações negligentes.	0,17	5,47
5.B. FORMAS DA RELAÇÃO FAMÍLIA /CRIANÇA		
5.b.a. Tendência para a sobreproteção.	0,86	12,49
5.b.b. Tendência para a apatia ou para o descuido.	0,86	13,86
5.b.c. Tendência para a rejeição.	0,17	2,05
5.b.d. Tendência agressivo-dominante	0,09	1,45
5.b.e. Tendência ambivalente	0,51	4,96
5.b.f. Tendência abusiva	0,00	1,63
*A numeração dos itens refere-se ao código do item no instrumento.		

QUADRO 4 – Principais perturbações da família.
FONTE: Os autores (2011)

Quanto às perturbações do contexto (Quadro 5), a negligência é o elemento diagnóstico preponderante (3,34% de diagnósticos principais e 14,03% de totais), secundado pela confluência de fatores de exclusão (1,54% e 11,21%, respetivamente).

<i>Perturbação do contexto</i>	Diagn. Princip. %	Total
6.a.c. Negligência	3,34	14,03
6.a.k. Confluência de fatores de exclusão	1,54	11,21
6.a.h. Violência e insegurança ambientais	0,60	4,79
6.a.i. Pobreza extrema	0,60	8,73
6.a.d. Institucionalização prolongada	0,26	1,88
6.a.a. Ausência de cuidadores sensíveis	0,17	8,81
6.a.b. Maus-tratos e abusos	0,17	1,63
6.a.g. Ambiente degradado	0,17	5,73
6.a.e. Permanência excessiva em creches ou J. infância	0,00	1,63
6.a.f. Promiscuidade	0,00	5,73
6.a.j. Discriminação social	0,00	7,53
*A numeração dos itens refere-se ao código do item no instrumento.		

QUADRO 5 – Principais perturbações do contexto.
FONTE: Os autores (2011)

Conclusões

As perturbações do desenvolvimento, ou “alterações nas funções e estruturas do corpo que limitam o normal desenvolvimento da criança e a sua participação, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, consoante a idade e o contexto social” (PORTUGAL, 2009), representam cerca de dois terços de todas as crianças acompanhadas pelas equipas de Intervenção Precoce da região do Alentejo. Daí decorre a máxima importância de uma boa caracterização destas crianças, que possa ajudar no planeamento e na implementação das especificidades da intervenção, dentro do modelo habitualmente seguido.

Uma perspetiva de organização multiaxial como a da ODIP (FRANCO; APOLÓNIO, 2010; GAT, 2007, 2008) não se centra exclusivamente sobre os sinais dados pela criança relativamente à sua funcionalidade, mas permite considerar igualmente as perturbações da família e do contexto que se sabe serem disfuncionais, limitando, ou pondo em causa, o bom desenvolvimento da criança.

Os principais problemas de desenvolvimento encontrados nessa caracterização das crianças apoiadas são as Perturbações da fala, linguagem e comunicação. Deve colocar-se a questão de um ponto de vista desenvolvimentista, com três alternativas de compreensão: até que ponto se trata de dificuldades

transitórias abordáveis, através da ação educativa dos jardins de infância, até que ponto não são problemas de desenvolvimento mas descrições legitimadas da intervenção em famílias em situação de risco, ou se são efetivamente problemas da fala e linguagem que requerem intervenção diferenciada. Mais investigação sobre este aspeto é fundamental, mas, de qualquer modo, aponta para a importância do trabalho dos estabelecimentos educativos pré-escolares na promoção do desenvolvimento e deteção de problemas, neste domínio da fala e linguagem das crianças pequenas.

A identificação dos problemas da própria família e do contexto (e a sua compreensão não enquanto fatores de risco mas problemas atuais efetivos) também abre perspectivas de trabalho inovadoras, porquanto, não esquecendo as necessidades e dificuldades da criança, a intervenção centrada na família não pode deixar de ter em conta aqueles problemas, o que terá impacto técnico e prático significativo nas modalidades e tipos de intervenção e nos respetivos objetivos.

REFERÊNCIAS

APOLÓNIO, A.; FRANCO, V.; MIRANDA, M. C. A rede de intervenção precoce no desenvolvimento infantil na região do Alentejo. *INFAD – International Journal of Developmental and Educational Psychology*, v. XXII, n. 1, p. 121-134, 2010.

BELDA, J. C. La ODAT: una herramienta para el desarrollo de la Atención Temprana. *Revista Información Psicológica*, n. 87, p. 68-80, 2006a.

_____. Recursos en Atención Temprana: nivel III de la ODAT. *Revista de Atención Temprana*, v. 9, n. 1, p. 37-51, 2006b.

BENEVIDES, A. Diagnostico preconcepcional y prenatal de las deficiências. In: PÉREZ-LÓPEZ, J.; BRITO DE LA NUEZ, A. G. (Ed.). *Manual de atención temprana*. Madrid: Pirámide, 2004.

BUCETA, M. J.; PÉREZ-LÓPEZ, J.; BRITO DE LA NUEZ, A. G. Evaluación y pruebas de evaluación infantil aplicadas a la atención temprana. In: PÉREZ-LÓPEZ, J.; BRITO DE LA NUEZ, A. G. (Ed.). *Manual de atención temprana*. Madrid: Pirámide, 2004.

CICCHETTI, D. The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, v. 55, p. 1-7, 1984.

_____; COHEN, D. (Ed.). *Developmental psychology*. New York: John Wiley & Sons, 1995.

FRANCO, V. Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipa em intervenção precoce. *Interação*, v. 11, n. 1, p. 113-121, 2007.

_____; APOLÓNIO, A. M. *Avaliação do impacto da Intervenção Precoce no Alentejo: criança, família e comunidade*. Évora: ARS, 2008.

_____; _____. *ODIP – Organização diagnóstica em Intervenção Precoce, versão portuguesa*. Évora: Universidade de Évora, 2010.

GAT. *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, 2004.

_____. *Validación de la Organización Diagnóstica de Atención temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, 2007.

_____. *Manual Descriptivo ODAT – Actualización 2008*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, 2008.

GÓMEZ-ARTIGA, A.; VIGUER-SEGUÍ, P.; CANTERO-LÓPEZ, M. J. *Intervención Temprana: desarrollo óptimo de 0 a 6 años*. Madrid: Pirámide, 2003.

PORTUGAL. Decreto-lei n. 281/2009, de 6 de outubro de 2009. *Diário da República*. 1.ª série, n. 193, p. 7298- 7301.

RUTTER, M. Developmental Psychology: Concepts and Prospects. In: HAUGAAR, J.; LENZENWEGER, M. (Ed.). *Frontiers of Developmental Psychopathology*. New York: Oxford University Press, 1996.

SAMEROFF, A. J.; FIESE, B. A. Transactional regulation: the developmental ecology of early intervention. In: SHONKOFF, J. P.; MEISELS, S. J. (Ed.). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

WHO. The World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneve: WHO, 2001

_____. The World Health Organization. *The International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth Version (ICF-CY)*. Geneve: WHO, 2007.

Texto recebido em 23 de setembro de 2011.

Texto aprovado em 31 de outubro de 2011.