

As Equipas Locais de Intervenção Precoce ELI Porto Ocidental

Fátima Pinto¹, Ana Teresa Ferronha²

RESUMO

Introdução: O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), contempla a nível local as Equipas Locais de Intervenção – ELIs.

Objectivos: Descrição do enquadramento legal, constituição, competências e funções das ELIs em geral e da ELI Porto Ocidental em específico.

Metodologia: Descrição da ELI Porto Ocidental e análise descritiva das Crianças/Famílias que acompanha. Foram avaliados os parâmetros sexo, idade, motivos da Referenciação e Admissão, tipo e contexto de intervenção e Gestor de Caso.

No tratamento dos dados o programa estatístico utilizado foi SPSS® versão 20.

Resultados: Das 77 crianças em apoio na ELI Porto Ocidental, 52 (67,5%) são do sexo masculino; 15 (19,5%) têm menos de 36 meses de idade; 48 (62,4%) estão em circunstância de apoio directo, 15 (19,5%) em situação de vigilância e 14 (18,2%) em fase de admissão. Os motivos da Referenciação e Admissão, em 76 (98,7%) crianças são as Alterações nas Funções ou Estruturas do Corpo e numa (1,3%) a exposição cumulativa de mais de quatro Factores de Risco Ambiental Familiar e Contextual. Relativamente à distribuição das Crianças/Famílias em apoio directo e em vigilância (n=63) pelo respectivo Gestor de Caso, verifica-se que em 29 (46,0%) das situações é a Educadora, em 12 (19,0%) a Psicóloga, em dez (15,9%) a Assistente Social, em seis (9,5%) a Fisioterapeuta, em cinco (7,9%) a Terapeuta Ocupacional e numa (1,6%) a Pediatra.

Conclusões: As ELIs, equipas multidisciplinares e de funcionamento transdisciplinar, desenvolvem e concretizam a intervenção local do SNIPI.

A ELI Porto Ocidental apoia um número elevado de Crianças/Famílias apesar da sua recente constituição.

Palavras-chave: Intervenção Precoce na Infância, SNIPI, Equipas Locais de Intervenção.

Nascer e Crescer 2011; 20(3): S166-S172

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil é um processo dinâmico e complexo de evolução biológica, psicológica e social. Os primeiros

anos de vida são especialmente críticos na aquisição das habilidades motoras, cognitivas, linguísticas, comunicativas e sociais que possibilitarão a autonomia e interacção adequada do indivíduo com o meio circundante.

A Intervenção Precoce na Infância (IPI) é um conjunto de medidas de apoio integrado, centrado na criança e na família, incluindo acções de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, saúde e acção social, destina-se às crianças dos zero aos seis anos com alterações do desenvolvimento ou risco grave de atraso (biológico, psicoafectivo ou ambiental), bem como às respectivas famílias, e visa assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança, potenciar a melhoria da interacção familiar e reforçar as suas competências como suporte da progressiva capacitação e autonomia.⁽¹⁻⁴⁾

O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), publicado no Decreto-Lei 281/2009 de 6 de Outubro, resulta de acordo interministerial dos Ministérios da Educação, da Saúde e da Segurança Social, está hierarquizado a nível nacional (Comissão de Coordenação Nacional), regional (Comissão de Coordenação Regional) e local (Equipas Locais de Intervenção) e tem como missão garantir a universalidade da Intervenção Precoce na Infância (IPI). Os critérios de elegibilidade (CE) para o SNIPI estão definidos pela Comissão Nacional.⁽⁵⁾

As Equipas Locais de Intervenção Precoce do SNIPI, designadas por ELIs, são equipas pluridisciplinares, com funcionamento transdisciplinar assente em parcerias institucionais, integrando representantes da Educação, da Saúde e da Segurança Social, entre outras entidades, têm sede preferencialmente em Centros de Saúde, são coordenadas por um dos seus elementos nomeado pela Comissão de Coordenação Regional e desenvolvem a sua actividade a nível municipal, agregando-se em vários municípios ou desagregando-se em freguesias conforme a densidade populacional do seu território de competência.⁽⁶⁾

As ELIs desenvolvem e concretizam, a nível local, a intervenção do SNIPI.

Às ELIs compete:

- Identificar as crianças e famílias imediatamente elegíveis para acompanhamento pelo SNIPI;
- Assegurar a vigilância às crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis, requerem avaliação periódica, devido à natureza dos seus factores de risco e possibilidades de evolução;
- Encaminhar crianças e familiares não elegíveis, mas carenciadas de apoio social;

¹ Pediatra Consultora, Coordenadora da ELI Porto Ocidental; Vogal da SPA/SPP

² Fisioterapeuta, ELI Porto Ocidental

- Elaborar e executar o Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) em função do diagnóstico da situação;
- Identificar necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção, dinamizando redes formais e informais de apoio social;
- Articular, sempre que se justifique, com as comissões de protecção de crianças e jovens (CPCJ) e com os núcleos de apoio às crianças e jovens em risco (NACJR) ou outras entidades com actividade na área da protecção infantil;
- Assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos;
- Articular com os profissionais das creches, amas e estabelecimentos de educação pré-escolar em que se encontrem colocadas as crianças acompanhadas pela ELI;
- Promover a participação activa das famílias no processo de avaliação e de intervenção;
- Promover a articulação entre os vários intervenientes no processo de intervenção.

São ainda competências dos representantes das ELIs, participar em reuniões de equipa e utilizar os suportes de informação normalizados pela Comissão Coordenadora.⁽⁶⁾

A necessidade de apoio pelo SNIPI pode ser referenciada por qualquer entidade ou indivíduo e concretizada através da Ficha de Referência (FR).⁽⁶⁾

Após a análise da FR, avaliados os CE e decidida a admissibilidade de acordo com os Critérios de Admissão (CA), e no prazo de 30 dias, a ELI decide os procedimentos a aplicar, designando um dos elementos como Técnico Gestor do Caso (GC), que assumirá a concretização do Plano Individualizado de Intervenção Precoce (PIIP).⁽⁶⁾

O PIIP consiste na avaliação da criança no seu contexto familiar, bem como a definição das medidas e acções a desenvolver de forma a assegurar um processo adequado de transição e de complementaridade entre os serviços e instituições.⁽⁶⁾

O GC deve ser escolhido entre os representantes da ELI de acordo com o perfil que melhor se adequa às necessidades concretas identificadas, competindo-lhe garantir a articulação entre os apoios disponíveis e a implementação do PIIP e participar, em conjunto com a família, na identificação dos recursos, preocupações e prioridades, promovendo uma tomada de decisões consciente e informada. Em caso de fratrias, o GC deverá, tendencialmente, ser o mesmo profissional, salvo se razões ponderosas indicarem outra opção.⁽⁶⁾

Do processo individual de cada criança devem constar: FR, Ficha de Caracterização da Criança, PIIP, relatórios e informações sobre a criança e Ficha de Registo de Contactos.⁽⁶⁾

METODOLOGIA

Realizou-se uma análise prospectiva das situações em acompanhamento na ELI Porto Ocidental em Setembro de 2011. Foram avaliados os parâmetros sexo, idade, motivos da Elegibilidade e Admissão, tipo e contexto de Intervenção e identificação do técnico Gestor de Caso. Com o objectivo de determinar a

associação entre diversas variáveis qualitativas, efectuou-se o teste do qui-quadrado, através das Tabelas de Contingência. O nível de significância considerado para todos os testes estatísticos foi de $p \leq 0,05$. No tratamento dos dados o programa estatístico utilizado foi SPSS® versão 20.

A ELI Porto Ocidental, constituída em Março de 2011, rege-se pelo Protocolo de Constituição e pelas normas regulamentadoras e orientações emitidas pela Comissão de Coordenação do SNIPI.

A equipa, multidisciplinar, com profissionais da saúde, da segurança social e da educação, é formada por uma Médica Pediatra e uma Enfermeira de Saúde Infantil do Agrupamento dos Centros de Saúde – ACES Porto Ocidental (tempo parcial), uma Psicóloga, uma Assistente Social, uma Terapeuta Ocupacional da Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM) do Porto (tempo completo), uma Fisioterapeuta do Centro Distrital de Segurança Social do Porto (tempo parcial) e seis Docentes do Agrupamento de Escolas Infante D. Henrique (tempo completo) (Figura 1). Como área de abrangência tem as doze freguesias do Porto Ocidental: Aldoar, Cedofeita, Foz do Douro, Lordelo do Ouro, Massarelos, Miragaia, Nevogilde, Ramalde, São Nicolau, Santo Ildefonso, Vitória e Sé.

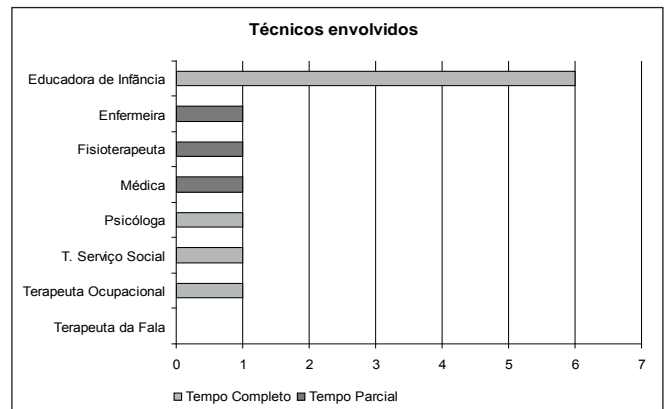


Figura 1

As instalações e equipamentos pertencem ao ACES Porto Ocidental e à APPACDM do Porto. O apoio logístico é assegurado por este ACES, conforme o protocolado a 21 de Maio na Faculdade de Ciências da Educação e Psicologia da Universidade do Porto.

A ELI Porto Ocidental funciona em equipa de forma que pretende aberta, interactiva e de respeito mútuo numa partilha de princípios, objectivos e estratégias de trabalho. O seu objectivo é ir ao encontro das necessidades das crianças e das famílias para que estas sejam bem informadas, partilhem com os profissionais a compreensão do significado e do benefício da intervenção recomendada e participem na tomada de decisão e na implementação do PIIP.⁽³⁾

Na promoção do exercício da cidadania junto das famílias, informa-as relativamente ao modo de funcionamento da IPI e dos seus direitos e deveres fornecendo o seu Folheto Informativo e Regulamento Interno (RI).⁽³⁾ A Coordenadora analisa e dá resposta a todas as referências recebidas. A Equipa de Acolhimento (EA), constituída pela Psicóloga e Assistente Social, realiza os primeiros contactos. A informação de retorno quanto à elegibilidade e à admissibilidade é entregue à família ou entidade que referenciou. É garantida a vigilância de todas as crianças e famílias não imediatamente elegíveis mas que necessitam de avaliação periódica pela natureza dos factores de risco ou possibilidade de evolução, bem como o encaminhamento das crianças e famílias não elegíveis mas carenciadas de apoio social. São asseguradas a todas as crianças e famílias elegíveis a avaliação, a atribuição de um GC, a elaboração e execução do PIIP e a intervenção no contexto de vida da criança.

A duração do programa depende da necessidade individual da família, assim como, da criança relativamente às suas capacidades. Espera-se que os pais e os cuidadores nos diversos contextos, participem activamente para pôr em prática a metodologia e para seguir os passos que a tornem eficaz.⁽³⁾

A ELI articula, sempre que se justifica, com os serviços de educação, da saúde e da acção social da comunidade.

As reuniões ordinárias realizam-se na sede semanalmente em dia e horário fixo. São reuniões internas que contam com a participação de todos os elementos da equipa e onde é efectuada a análise das referências, discussão de casos com base no PIIP e discussão de assuntos inerentes ao funcionamento do serviço.

Três elementos da equipa, Médica, Enfermeira e Assistente Social, fazem parte do NACJR do ACES Porto Ocidental, facilitando a articulação com as CPCJ. Nas situações de risco ambiental (familiar e/ou contextual) a figura do GC é a Assistente Social e na não concordância da família com o PIIP, prevalece a defesa do superior interesse da criança.⁽³⁾

Um dos elementos da equipa, Médica, integra a Unidade Coordenadora Funcional da Mulher e da Criança do Centro Hospitalar do Porto, do ACES Porto Ocidental e do ACES Gondomar, facilitando a articulação com os serviços e especialidades hospitalares.

RESULTADOS

A ELI Porto Ocidental apoia 77 crianças num universo de 77 famílias. A distribuição pelos dois sexos é de predominância do masculino, pertencendo 52 (67,5%) a este sexo e 25 (32,5%) ao feminino. Relativamente à idade das crianças, verificou-se que 15 (19,5%) têm menos de 36 meses de idade e as restantes 62 (80,5%) igual ou superior a 37 meses.

Verificou-se a existência de uma associação significativa ($p=0,002$) entre o diagnóstico e os motivos da Referência e Admissão. Demonstrou-se que 76 (98,7%) crianças foram Referenciadas e Admitidas por apresentarem Alterações nas Funções ou Estruturas do Corpo (AFEC) e numa (1,3%) a exposição cumulativa de mais de quatro Factores de Risco (FR) Ambiental Familiar e Contextual. Acumulam AFEC e FR Ambiental, 16

(20,8%) crianças, AFEC e FR Biológico quatro (5,2%) e AFEC e FR Ambiental e Biológico, duas (2,6%). Nas 76 crianças com AFEC, as alterações do desenvolvimento sem etiologia conhecida, abrangendo uma ou mais áreas, foram o critério de elegibilidade em 42 (54,5%) das situações e nas restantes 34 (44,2%) foram as situações associadas ao diagnóstico de condição específica: 14 (18,2%) com alterações na relação e comunicação, dez (13,0%) com anomalia cromossómica, sete (9,1%) com perturbação neurológica, duas (2,6%) com malformação congénita e uma (1,3%) com doença crónica grave (Quadro I).

Constatou-se a existência de uma associação significativa ($p=0,014$) entre o diagnóstico e a idade das 77 crianças, verificando-se que através das idades examinadas, vai aumentando a quantidade de elementos (percentagens relativas: 1,3% na idade 0-12 meses, 6,5% na idade 13-24 meses, 11,7% na idade 25-36 meses, 20,8% na idade 37-48 meses, 24,7% na idade 49-60 meses e 35,1% na idade 61-72 meses). Relativamente às 42 crianças com diagnóstico de alterações do desenvolvimento sem etiologia conhecida, assim como às dez crianças com diagnóstico de anomalia cromossómica verifica-se que todas têm mais de 13 meses de idade. No que concerne à criança com exposição cumulativa de mais de quatro Factores de Risco Ambiental Familiar e Contextual assim como às 14 crianças com diagnóstico de alterações na relação e comunicação demonstra-se que todas têm mais de 37 meses de idade. Analisando os dados relativos às sete crianças com diagnóstico de perturbação neurológica revelam que as crianças têm idades compreendidas entre 13 e 48 meses. Relativamente às duas crianças com diagnóstico de malformação congénita, assim como à criança com diagnóstico de doença crónica grave, verifica-se que têm idade inferior a 36 meses. (Quadro II).

Das 77 Crianças/Famílias, 14 (18,2%) estão em fase de admissão, 15 (19,5%) em situação de vigilância e 48 (62,4%) em circunstância de apoio directo, das quais 47 (percentagem relativa: 97,9%) frequentam ama, creche ou jardim-de-infância.

Embora não se tendo verificado uma associação estatisticamente significativa ($p=0,095$) entre a situação de atendimento e o contexto onde as crianças se encontram, constata-se uma incidência de 43 (55,9%) crianças em contexto educativo de Ramalde, Cedofeita e Foz do Douro e 34 (44,1%) crianças pertencentes às restantes nove freguesias do Porto Ocidental Relativamente ao contexto onde é prestado esse apoio, a 23 (percentagem relativa: 47,9%) Crianças/Famílias é exclusivamente o educativo, a 19 (percentagem relativa: 39,6%) o apoio é prestado quer no contexto educativo como na Sede/APPACDM, a três (percentagem relativa: 6,3%) o apoio é exclusivamente prestado na Sede/APPACDM, a duas (percentagem relativa: 4,2%) o apoio é prestado quer no domicílio como no contexto educativo e uma (percentagem relativa: 2,1%) beneficia do apoio no domicílio assim como na Sede/APPACDM (Quadro III).

Não se constatou uma associação estatisticamente significativa ($p=0,055$) entre o diagnóstico e o GC. Relativamente à distribuição das crianças e famílias em ID e em vigilância ($n=63$) pelo respectivo GC, verifica-se que em 29 (46,0%) das situações é a Educadora, em 12 (19,0%) a Psicóloga, em dez (15,9%) a

Quadro I – Distribuição das crianças segundo o motivo de Referenciação e Admissão: Risco ou Alterações da Função ou estrutura do Corpo, incluindo factores de Risco cumulativo às Alterações das Funções ou Estruturas do Corpo; e o Diagnóstico Clínico. Número, percentagem relativa intra-diagnóstico, percentagem total na amostra e valor de p.

Diagnóstico	Referenciação N (% relativa intra-diagnóstico) (% total)					
	Risco	Alterações da Função ou Estruturas do Corpo				Total
			+ Risco Ambiental	+ Risco Biológico	+ Risco Ambiental + Risco Biológico	
Atraso Desenvolvimento Global	0	23 (54,8%) (29,9%)	14 (33,3%) (18,2%)	3 (7,1%) (3,9%)	2 (4,8%) (2,6%)	42 (100%) (54,5%)
Alteração Relação Comunicação	0	13 (92,9%) (16,9%)	1 (7,1%) (1,3%)	0	0	14 (100%) (18,2%)
Perturbação Neurológica	0	6 (85,7%) (7,8%)	0	1 (14,3%) (1,3%)	0	7 (100%) (9,1%)
Anomalia Cromossómica	0	9 (90,0%) (11,7%)	1 (10,0%) (1,3%)	0	0	10 (100%) (13,0%)
Malformação Congénita	0	2 (100,0%) (2,6%)	0	0	0	2 (100%) (2,6%)
Doença Crónica Grave	0	1 (100,0%) (1,3%)	0	0	0	1 (100%) (1,3%)
Risco Ambiental	1(100%) (1,3%)	0	0	0	0	1 (100%) (1,3%)
Total	1 (1,3%)	54 (70,1%)	16 (20,8%)	4 (5,2%)	2 (2,6%)	77 (100%)

Valor de p = 0,002

Quadro II – Distribuição das crianças segundo a Idade (em meses) e o Diagnóstico Clínico. Número, percentagem relativa intra-diagnóstico, percentagem total na amostra e valor de p.

Diagnóstico	Idade N (% total) (% relativa intra-diagnóstico)						
	0 /12	13/24	25/36	37/48	49/60	61/72	Total
Atraso Desenvolvimento Global	0	1 (2,4%) (1,3%)	4 (9,5%) (5,2%)	8 (19,0%) (10,4%)	13 (31,0%) (16,9%)	16 (38,1%) (20,8%)	42 (100,0%) (54,5%)
Alteração da Relação Comunicação	0	0	0	2 (14,3%) (2,6%)	5 (35,7%) (6,5%)	7 (50,0%) (9,1%)	14 (100,0%) (18,2%)
Perturbação Neurológica	0	3 (42,9%) (3,9%)	2 (28,6%) (2,6%)	2 (28,6%) (2,6%)	0	0	7 (100,0%) (9,1%)
Anomalia Cromossómica	0	1 (10,0%) (1,3%)	1 (10,0%) (1,3%)	3 (30,0%) (3,9%)	1 (10,0%) (1,3%)	4 (40,0%) (5,2%)	10 (100,0%) (13,0%)
Malformação Congénita	1 (50,0%) (1,3%)	0	1 (50,0%) (1,3%)	0	0	0	2 (100,0%) (2,6%)
Doença Crónica Grave	0	0	1 (100,0%) (1,3%)	0	0	0	1 (100,0%) (1,3%)
Risco Ambiental	0	0	0	1 (100,0%) (1,3%)	0	0	1 (100,0%) (1,3%)
Total	1 (1,3%)	5 (6,5%)	9 (11,7%)	16 (20,8%)	19 (24,7%)	27 (35,1%)	77 (100%)

Valor de p=0,014

Quadro III – Distribuição das crianças em cada situação de atendimento: apoio directo (conforme o contexto de intervenção), vigilância ou admissão, segundo as Freguesias de abrangência. Número, percentagem total na amostra e valor de p.

Freguesias	Situação de atendimento N (% total)							
	Em Apoio Directo N (% relativa intra-apoio directo) (% total)					Em Vigilância	Em Admissão	Total
	Educativo	Educativo e Sede/ APPACDM	APPACDM	Domicílio e Educativo	Domicílio e Sede/ APPACDM			
Aldoar	3 (6,3%) (3,9%)	1 (2,1%) (1,3%)	0	0	0	1 (1,3%)	0	5 (6,5%)
Cedofeita	1 (2,1%) (1,3%)	6 (12,6%) (7,8%)	1 (2,1%) (1,3%)	0	0	2 (2,6%)	5 (6,5%)	15 (19,5%)
Foz do Douro	3 (6,3%) (3,9%)	4 (8,4%) (5,2%)	1 (2,1%) (1,3%)	0	0	2 (2,6%)	0	10 (13%)
Lordelo do Ouro	4 (8,4%) (5,2%)	0	1 (2,1%) (1,3%)	0	1 (2,1%) (1,3%)	0	0	6 (7,8%)
Massarelos	0	2 (4,2%) (2,6%)	0	1 (2,1%) (1,3%)	0	1 (1,3%)	3 (3,9%)	7 (9,1%)
Miragaia	0	1 (2,1%) (1,3%)	0	0	0	1 (1,3%)		2 (2,6%)
Nevogilde	2 (4,2%) (2,6%)	1 (2,1%) (1,3%)	0	1 (2,1%) (1,3%)	0	0	1 (1,3%)	5 (6,5%)
Ramalde	8 (10,4%)	2 (4,2%) (2,6%)	0	0	0	6 (7,8%)	2 (2,6%)	18 (23,4%)
São Nicolau	1 (2,1%) (1,3%)	0	0	0	0	0	0	1 (1,3%)
Santo Ildefonso	0	2 (4,2%) (2,6%)	0	0	0	1 (1,3%)	0	3 (3,9%)
Vitória	1 (2,1%) (1,3%)	0	0	0	0	0	3 (3,9%)	4 (5,2%)
Sé	0	0	0	0	0	1 (1,3%)	0	1 (1,3%)
Total	23 (47,9%) (29,9%)	19 (39,6%) (24,7%)	3 (6,3%) (3,9%)	2 (4,2%) (2,6%)	1 (2,1%) (1,3%)	15 (19,5%)	14 (18,2%)	77 (100%)
	48 (100,0%) (62,3%)							

Valor de p = 0,095

Assistente Social, em seis (9,5%) a Fisioterapeuta, em cinco (7,9%) a Terapeuta Ocupacional e numa (1,6%) a Pediatra (Quadro IV).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Compete às ELIs detectar e sinalizar todas as crianças com alterações do desenvolvimento ou que estão em risco grave biológico, psicológico ou social, intervir em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento; apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação e envolver a

comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social.

Apesar da sua recente constituição, a ELI Porto Ocidental apoia desde o início um número elevado de Crianças/Famílias, no limite do previsto. O predomínio das crianças com mais de três anos justifica-se pela transição para esta ELI das crianças em apoio no anterior modelo na Unidade de Avaliação do Desenvolvimento e Intervenção Precoce, APPACDM e Direcção Regional da Educação do Norte e do provável desconhecimento das maternidades, hospitais e centros de saúde, da existência desta ELI. A grande totalidade das Referenciações refere-se a AFEC (98,7%), sendo o diagnóstico de Atraso Global do Desen-

Quadro IV – Distribuição das crianças em situação de apoio directo ou vigilância, segundo o Gestor de Caso e o Diagnóstico Clínico. Número, percentagem relativa intra-diagnóstico, percentagem total na amostra e valor de p.

Diagnóstico	Gestor de Caso						Total
	N (% relativa intra-diagnóstico) (% total)						
	Assistente Social	Educadora	Psicóloga	Terapeuta Ocupacional	Fisioterapeuta	Pediatra	
Atraso Desenvolvimento Global	6 (18,2%) (9,5%)	16 (48,5%) (25,4%)	9 (27,3%) (14,3%)	0	1 (3,0%) (1,6%)	1 (3,0%) (1,6%)	33 (100%) (52,4%)
Alteração da Relação Comunicação	0	7 (58,3%) (11,1%)	3 (25,0%) (4,8%)	2 (16,7%) (3,2%)	0	0	12 (100%) (19,0%)
Perturbação Neurológica	1 (16,7%) (1,6%)	1 (16,7%) (1,6%)	0	1 (16,7%) (1,6%)	3 (50,0%) (4,8%)	0	6 (100%) (9,5%)
Anomalia Cromossómica	1 (10%) (1,6%)	5 (50,0%) (7,9%)	0	2 (20,0%) (3,2%)	2 (20,0%) (3,2%)	0	10 (100%) (15,9%)
Malformação Congénita	1 (100%) (1,6%)	0	0	0	0	0	1 (100%) (1,6%)
Risco Ambiental	1 (100%) (1,6%)	0	0	0	0	0	1 (100%) (1,6%)
Total	10 (15,9%)	29 (46,0%)	12 (19,0%)	5 (7,9%)	6 (9,5%)	1 (1,6%)	63 (100%)

Valor de p = 0,055

volvimento o mais frequente (54,5%), seguido das Alterações da Relação e Comunicação (18,2%) apenas encontradas nas idades superiores a 36 meses. O GC é mais frequentemente a Educadora de Infância (46%). O contexto da Intervenção nas 48 crianças em Apoio Directo, é o educativo em 44 (91,7%), o domiciliário em 3 (6,3%) e tem lugar nas instalações da Sede/APPACDM em 23 (47,9%), podendo este, no entanto, ser cumulativo. É nas freguesias de Ramalde, Cedofeita e Foz do Douro que se encontra o contexto de 43 (55,9%) crianças.

As Elis estão ainda em fase de constituição e a do Porto Ocidental debate-se com constrangimentos que se prendem com o número de crianças em acompanhamento que ameaça a possibilidade de resposta às novas Referenciações, dispersão dos espaços e equipamentos (divididos entre a Sede e a APPACDM), carência de recursos materiais e pessoais dependentes da dificuldade que tem em ser identificada na unidade de saúde onde está sediada, onde escasseia apoio logístico, espaços e equipamentos. Três dos técnicos da equipa estão em tempo parcial na IPI o que dificulta a sua actuação. Factor gerador de stress é a inexistência de Terapeuta da Fala, falta que a equipa tem tentado superar, sem êxito, junto dos parceiros sociais, nomeadamente a Autarquia.

De salientar ainda a necessidade de formação frequente em IPI dos profissionais que integram esta equipa e da sua supervisão técnica regular.

LOCAL EARLY INTERVENTION TEAMS ELI PORTO OCIDENTAL

ABSTRACT

Introduction: The National Early Childhood Intervention (SNIPI) includes Local Intervention Teams (ELIS).

Aims: Description of the legal background, constitution, skills, and functions of ELIS in general, and particularly in ELI Porto Ocidental.

Methodology: Description of ELI Porto Ocidental and descriptive analysis of children / families supported. The following parameters were reviewed: sex, age, Referral and Admission reasons, type and context of intervention, and Case Manager Statistical program SPSS® version 20 was used in the treatment of data.

Results: Of the 77 children in support of ELI Porto Ocidental, 52 (67.5%) are male, 15 (19.5%) have less than 36 months of age, 48 (62.4%) are being directly supported, 15 (19.5%) are under surveillance and 14 (18.2%) are being admitted. The reasons of Referral and Admission in 76 (98.7%) children are the Alteration of Body Function or Structure and in one case (1.3%) exposition to more than 4 Environmental/Familiar Risk Factors. In regard to the distribution of children who are being directly supported or who are under surveillance (n=63), the Case Manager in 29 (46,0%) of the cases is the Kindergarten Teacher, in 12

(19,0%) the Psychologist, in 10 (15,9%) the Social Worker, in 6 (9,5%) the Physiotherapist, in 5 (7,9%) the Occupational Therapist, and in one case (1,6%) is the Pediatrician.

Conclusions : The ELIs, multidisciplinary teams with trans-disciplinary functioning, develop and apply the local intervention of SNIPI. The ELI Porto Ocidental, despite its recent formation, gives support to a great number of children and families

Keywords: Early Childhood Intervention, SNIPI, Local Intervention Teams.

Nascer e Crescer 2011; 20(3): S166-S172

BIBLIOGRAFIA

1. Cancela B, Vilasante MFJ, Carmen M. Prevención de Necesidades, Evaluación y Diagnóstico. In: Buceta MJ. Manual de Atención Temprana. Madrid: Editorial Síntesis; 2011.19-26.
2. European Agency for Development in Special Needs Education. Análise das Situações na Europa. Aspectos-Chave e Recomendações. Relatório Síntese. Victoria Soriano; 2005
3. European Agency for Development in Special Needs Education... Intervenção Precoce na Infância – Progressos e Desenvolvimentos 2005 – 2010 Victoria Soriano; 2010
4. Franco V, Apolónico AM. Avaliação do Impacto da Intervenção Precoce no Alentejo: Criança, Família e Comunidade. Évora. Administração Regional de Saúde Alentejo, Instituto Público; 2008: 19.20
5. Comissão Coordenadora do SNIPI. Critérios de Elegibilidade. 2010
6. Comissão Coordenadora do SNIPI. Manual Técnico das ELIs. 2011

CORRESPONDÊNCIA

ACES Porto Ocidental
Unidade de Saúde de Aníbal Cunha
Equipa Local de Intervenção Porto Ocidental do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
Unidade de Saúde de Aníbal Cunha
Rua Aníbal Cunha, 98/100
4050 – 046 Porto
fatymapynto@gmail.com
Tlm (00351) 919 767 211