

Obrigada por ver esta apresentação
Gostaríamos de recordar-lhe que esta
apresentação é propriedade do autor.

É-lhe fornecida pela Sociedade Portuguesa
de Pediatria no contexto do 16º Congresso
Nacional de Pediatria, para seu uso
pessoal, tal como submetido pelo autor

© 2015 pelo autor

INFLUÊNCIA DO STRESS TÓXICO CONTINUADO

O PAPEL DA INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA: o que fazemos

Sara L. A. Figueiredo Teles Lopes
Pediatra CH Médio Ave
Coordenadora da ELI Santo Tirso/ Trofa

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

16º Congresso Nacional de Pediatria
22 de outubro de 2015
Albufeira



O QUE É A IPI

*“(...) considera – se «**Intervenção precoce na infância (IPI)**» o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza **preventiva e reabilitativa**, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social”.*

(Artigo 3.º do Decreto-lei 281/2009)

EVOLUÇÃO DA IPI

População Alvo:

Crianças dos 0-3 anos

Com deficiência



Crianças dos 0-6 anos

Com deficiência ou risco

Natureza preventiva

Heterogeneidade

EVOLUÇÃO DA IPI

Objetivos:

Desenvolvimento da criança

Diminuição da deficiência



Desenvolvimento da criança

Diminuição da deficiência



Prevenção (cálculo do risco)

Capacitação da família

Envolvimento da comunidade

EVOLUÇÃO DA IPI

Papel da Família:

Recetores passivos



Participantes ativos

Papel dos Profissionais:

Decisores



Facilitadores

EVOLUÇÃO DA IPI

Práticas:

Em série - “Pronto-a-vestir”



Individualizadas

Contexto:

Gabinetes de estimulação



Comunidade

Contextos naturais

Rotinas de vida da criança

EVOLUÇÃO DA IPI

Segundo Briker (2001), Dunst e Bruder (2002)

os contextos em causa

“(...) são a casa, a comunidade, os contextos de creche e de jardim de infância e quaisquer outros locais, cenários e atividades em que participam crianças sem deficiências, da mesma idade”

(Pimentel, 2004, p.44)

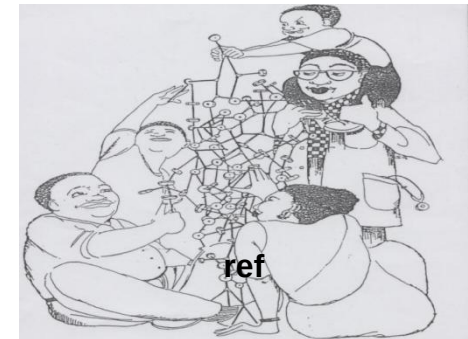
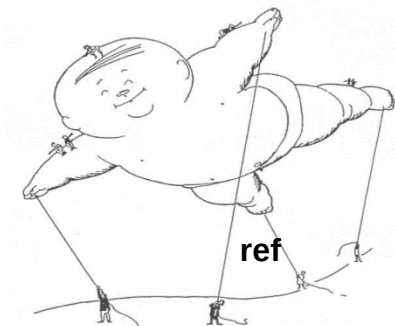
EVOLUÇÃO DA IPI

Trabalho de equipa:

Multidisciplinar / Interdisciplinar



Transdisciplinar



EVOLUÇÃO DA IPI

Foco de intervenção:

Modelo médico/ terapêutico

Modelo educativo

Centrado na criança
e na sua problemática



Modelo Biopsicosocial

+ abrangente, envolvendo
a criança,
a família e
o meio ambiente)

EVOLUÇÃO DA IPI

Criança

Meio

Como aprendem as crianças:

**Através de interações repetidas com o ambiente,
e ao longo do tempo**

Robin Mc William



EVOLUÇÃO DA IPI

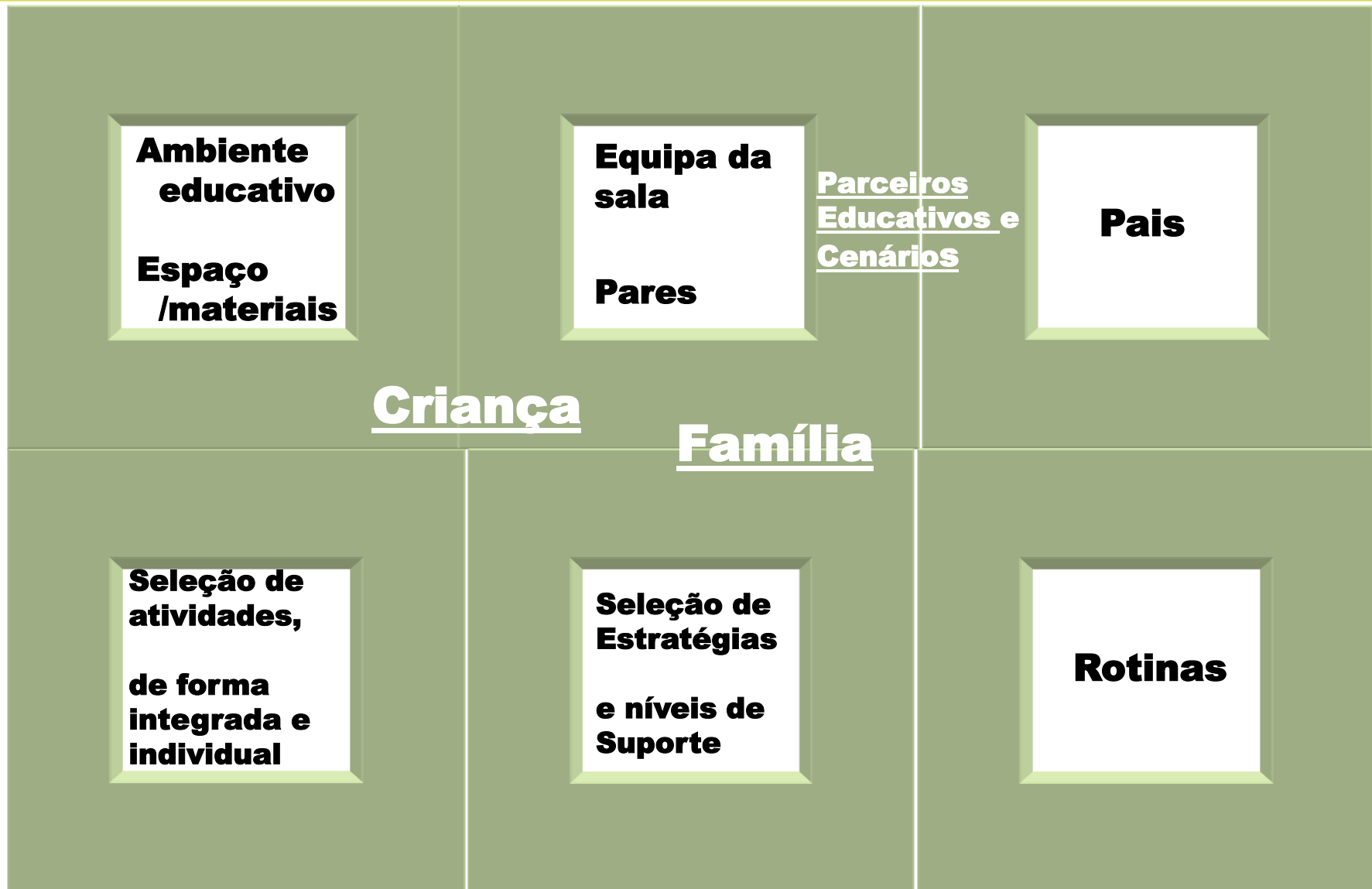
A intervenção deve perspetivar a família como um todo e a criança como parte integrante desse todo, privilegiando-se um **currículo desenvolvimental e funcional, que faça sentido à família**, o qual deverá ser aplicado nos seus contextos naturais de aprendizagem.

EVOLUÇÃO DA IPI

A intervenção baseia-se numa lógica de ação local, cuja proximidade com a população permite um melhor conhecimento das necessidades, dos problemas e dos recursos comunitários.

Articula com o conjunto de serviços de apoio à família e à criança (educação, saúde, serviço social e as outras redes de suporte comunitário), promovendo a valorização e o fortalecimento das redes de apoio sociais (formais e informais) específicas de cada família.

CRIANÇA/ FAMÍLIA: NÚCLEO DE INTERVENÇÃO



PARCEIROS

Para além da **família** e dos **profissionais** que contactam diretamente com a criança, a IPI atual pressupõe o envolvimento e a colaboração de **outros profissionais, serviços e recursos da comunidade** (a nível social, da educação ou da saúde, etc.) onde criança, família e a própria equipa de IPI estão inseridos.

O QUE É O SNIPI

(Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância criado pelo Decreto-lei 281/2009)

O SNIPI é desenvolvido através da atuação coordenada dos



Ministério da Saúde



Conjunto organizado de entidades institucionais

com envolvimento das famílias e da comunidade.

...com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças.



ESTRUTURA DO SNIPI

Comissão de Coordenação do SNIPI
(Nível Nacional)



5 Subcomissões de Coordenação Regional
(Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo,
Alentejo e Algarve)
(Nível Regional)

ARS
Centro Distrital
DGESTE

Núcleos de Supervisão Técnica



144 Equipas Locais de Intervenção
(Concelhias/ Conjunto de Municípios/ Conjunto de
freguesias) (Nível Local)

ESTRUTURA DO SNIPI

Subcomissões / Núcleos de Supervisão Técnica / ELIs

- **Norte** / Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo, Vila Real, Viseu, Aveiro
9 3 9 2 3 3 2 **31**
- **Centro** / Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria, Viseu
8 4 11 5 6 7 **41**
- **Lisboa e Vale do Tejo** / Leiria, Lisboa, Santarém, Setúbal
3 15 10 8 **36**
- **Alentejo** / Beja, Évora, Portalegre, Setúbal
7 13 7 4 **31**
- **Algarve** / Faro **5**

ÂMBITO DO SNIPI

O SNIPI abrange as crianças entre os **0 e os 6 anos**, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que:



Limitam a participação nas atividades típicas para a respectiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias.

ÂMBITO DO SNIPI

- **Funções do corpo** - funções fisiológicas dos sistemas orgânicos
(incluindo as funções psicológicas ou da mente)
- **Estruturas do corpo** - partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes
- **Atividade** - execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo
Limitações da atividade - dificuldades que o indivíduo pode ter na execução de atividades
- **Participação** - envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real
Restrições na participação - problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real

OBJETIVOS DO SNIPI

- a) **Assegurar** às crianças a **protecção dos seus direitos** e o **desenvolvimento das suas capacidades**, através de acções de IPI em todo o **território nacional**
- b) **Detetar e sinalizar todas as crianças** com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento
- c) **Intervir, após a detecção e sinalização** nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento
- d) **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



COMPETÊNCIAS DA ELI

- i) Identificar as crianças e famílias elegíveis para o SNIPi
- ii) Assegurar a vigilância às crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis para o SNIPi, requerem avaliação periódica, devido à natureza dos seus fatores de risco e probabilidade de evolução
- iii) Encaminhar crianças e famílias não elegíveis, mas carenciadas de apoio social

COMPETÊNCIAS DA ELI

iv) Organizar um processo individual por criança, de onde conste:

- Caracterização da criança
- Data do início da intervenção
- Ficha de acompanhamento/ apoio
- Registo das visitas domiciliárias
- Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP)
- Avaliação do PIIP

v) Elaborar e executar o PIIP em função do diagnóstico da situação

COMPETÊNCIAS DA ELI

- vi) Identificar necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção, dinamizando redes formais e informais de apoio social
- vii) Articular, sempre que se justifique, com as comissões de proteção de crianças e jovens (CPCJ) e com os núcleos de apoio às crianças e jovens em risco (NACJR) ou outras entidades com atividade na área da proteção infantil
- viii) Assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos



COMPETÊNCIAS DA ELI

- ix) Articular com os educadores das creches, amas e estabelecimentos de educação pré-escolar em que se encontram colocadas as crianças acompanhadas pela ELI
- x) Promover a participação ativa das famílias no processo de avaliação e de intervenção e a articulação entre os vários intervenientes no processo de intervenção
- xi) Desenvolver trabalho de prevenção do risco, junto das creches e dos jardins de infância, através de dinamização de ações de sensibilização de pais e qualificação de pessoal das Instituições



COMPETÊNCIAS DA ELI

Participar em reuniões de equipa e utilizar os suportes de informação normalizados pela Comissão Coordenadora.

PAPEL DA SAÚDE NAS ELI's

Rastreio e identificação de crianças de alto risco (biológico e ambiental) e com problemas de desenvolvimento/ deficiência.

Encaminhamento atempado para programas de IPI de todas as crianças identificadas.

Avaliação diagnóstica/ etiológica especializada.

Acesso da criança a cuidados médicos e cirúrgicos especializados (fisiatria, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia).



PAPEL DA SAÚDE NAS ELI'S

Aconselhamento periódico e contínuo à família em relação aos progressos da criança e à abordagem/ opções terapêuticas.

Acesso aos subsídios especiais a que tenham direito.

Participação na elaboração do PIIP, clarificando informação médica e de desenvolvimento relevante para o plano, assim como participação na equipa numa perspetiva transdisciplinar.

Ter conhecimento sobre os recursos disponíveis na comunidade para apoio à criança e à família e participar na coordenação da componente saúde do PIIP.

ETAPAS DE FUNCIONAMENTO DA ELI

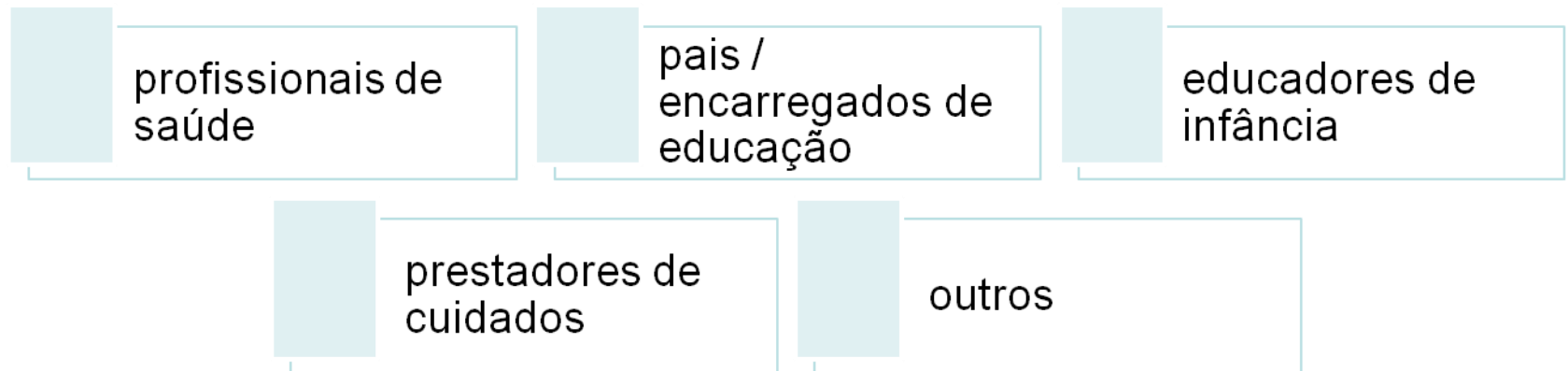
- ↳ Referenciação
- ↳ Acolhimento
- ↳ Avaliação
- ↳ Admissão/ critérios de elegibilidade
- ↳ Elaboração do PIIP
- ↳ Intervenção direta / Vigilância
- ↳ Avaliação do PIIP
- ↳ Encaminhamento/ Transição
- ↳ Arquivo

PROCESSO INDIVIDUAL

- ✓ FR
- ✓ F. Caracterização
- ✓ PIIP
- ✓ Relatórios
- ✓ Ficha de registos e contatos

QUEM REFERENCIA PARA A ELI

As primeiras pessoas que detetam as crianças com alterações nas funções e estruturas do corpo ou, com risco grave de atraso de desenvolvimento são:



COMO SE REFERENCIA PARA A ELI

Após a detecção, qualquer pessoa deve sinalizar a criança para a ELI

SNIP

Ficha de Referência

Coordenador(a)

Correio Eletrónico

Sede da ELI - correio ou em mão



Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

[SNIPPI]

[Ficha de Referenciação]

1. Identificação da Criança

Nome da Criança

Data de Nascimento

Morada

Freguesia e Concelho

Contacto telefónico

E-mail

NISS

SNS

2. Identificação dos pais

Nome do pai

Idade

Profissão

Morada

E-mail

Contacto telefónico

Nome da mãe

Idade

Profissão

Morada

E-mail

Contacto telefónico



3. Referenciação

Quem referencia

Contactos

Descrição sumária do motivo da referenciação

Que apoios especializados teve/tem ?

Observações

Data

SAM /SAPE

PNSIJ

SNIPi

Ficha de Referenciação:

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância - SNIPi						
Ficha de Referenciação						
Centro de Saúde/USF/UCC _____		Enfermeiro de Família _____				
Médico de Família _____						
Identificação da Criança/Família						
Nome: _____						
Data Nasc: _____	Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐	NISS: _____ N.º Utente: _____				
Residência: _____						
Local onde se encontra a criança:						
☐ Domicílio: ☐ Ama: ☐ Creche: ☐ J.L.: ☐ Outro: Qual _____						
Familiar Responsável - (Grau de parentesco) _____ Nome: _____						
Tlf: _____ T.M.: _____ Mail: _____						
Motivos da Referenciação: Marque com uma X em cada condição identificada						
1. Alterações nas Funções ou estruturas do corpo 1.1 Atrasos de Desenvolvimento s/etiologia conhecida Abrangendo uma ou mais áreas validado por avaliação fundamentada, feita por profissional competente para o efeito: ☐ Motora ☐ Física ☐ Cognitiva ☐ Linguagem e Comunicação ☐ Emocional ☐ Social e Adaptativa 1.2 Atraso de Desenvolvimento por Condições Específicas Diagnóstico relacionado com situações que se associam a atraso do desenvolvimento, entre outras: ☐ Anomalia cromossómica (p.ex. Trissomia 21, Trissomia 18, Síndrome de X-Fragil) ☐ Perturbação neurológica (p.ex. paralisia cerebral, neurofibromatose) ☐ Malformações congénitas (p.ex. síndromas polimalformativos) ☐ Doença metabólica (p.ex. mucopolidacarídeos, glicogenoses) ☐ Défice sensorial (p.ex. baixa visão/cegueira, surdez) ☐ Perturbações relacionadas com exposição pré-natal a agentes teratogénicos ou a narcóticos, cocaína e outras drogas (p.ex. síndrome fetal alcoólica) ☐ Perturbações relacionadas com infeções severas congénitas (p.ex. HIV, grupo TORCH, meningite) ☐ Doença crónica grave (p.ex. tumores do SNC, D. renal, D. hematológica) ☐ Desenvolvimento atípico com alterações na relação e comunicação (p.ex. perturbações do espectro do autismo) ☐ Perturbações graves da vinculação e outras perturbações emocionais	2. Risco Grave de Atraso de Desenvolvimento 2.1 Crianças Expostas a Factores de Risco Biológicos Baseiam-se num diagnóstico relacionado com, entre outras: ☐ História familiar de anomalias genéticas, associadas a perturbações do desenvolvimento; ☐ Exposição intra-uterina a tóxicos (alcoól, drogas de abuso e infeções HIV e Hepatite C); ☐ Complicações pré-natais severas (Hipertensão, toxémia, infeções, hemorragias, etc.); ☐ Prematuridade < 33 semanas de gestação; ☐ Muito baixo peso à nascença (< 1,5kg); ☐ Atraso de crescimento Intra-Uterino (ACIU): Peso de nascimento < percentil 10 para o tempo de gestação; ☐ Asfíxia perinatal grave (Apgar ao 5º minuto < 4 ou pH do sangue do cordão < 7,2 ou manifestações neurológicas ou orgânicas sistémicas neonatais); ☐ Complicações neonatais graves (sépsis, meningite, alterações metabólicas ou hidroelectrolíticas, convulsões); ☐ Hemorragia intraventricular; ☐ Infeções congénitas (grupo TORCH); ☐ Infeções graves do sistema nervoso central (Meningite bacteriana, meningococcalite); ☐ Traumatismos cranianos graves; ☐ Otite média crónica com risco de défice auditivo.	3. Avaliação do contexto Serviço Local: Tr: _____ RSI/Instituição/TR: _____ ☐ PPP ☐ TC ☐ Outro _____ TR: _____ Instituição c/acordos S.S. ☐ Sim ☐ Não Qual: _____ Ama/Nome: _____ TR: _____ 4. Avaliação do contexto Qual: _____ 5. Avaliação do contexto Qual: _____ Tipo de Resposta: ☐ Creche Familiar ☐ Creche ☐ J.L. ☐ Apoios Específicos Qual: _____ 6. Avaliação do contexto J.L.: _____ Tem educação especial ☐ Sim ☐ Não TR: _____ 7. Avaliação do contexto Hospital: _____ Responsáveis: _____ Entidade Saúde Local: _____ Médico de Referência: _____ Outros Técnicos: _____ Contactos (Tlf, Tm, Mail): _____ Data Preenchimento: _____ Data de entrada na EL: _____				
2.2 Crianças Expostas a Factores de Risco Ambiental <table border="1"> <thead> <tr> <th>Factores de risco Parentais</th> <th>Factores de Risco Contextual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> ☐ Mães adolescentes <18 anos ☐ Abuso do álcool ou outras substâncias aditivas ☐ Maus-tratos activos (físicos, emocionais e abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos a prestar à criança - saúde, alimentação, higiene e educação)* ☐ Doença do foro psiquiátrico ☐ Doença física incapacitante ou limitativa ☐ Escolaridade < 4º ano (ensino básico de acordo com a idade) * Penha, T. (2000) Tipologia de maus-tratos </td> <td> ☐ Isolamento (ao nível geográfico e dificuldade no acesso a recursos formais e informais; discriminação sócio-cultural e étnica, racial ou sexual; discriminação religiosa; conflitualidade na relação com a criança) e/ou Pobreza (recurso a bancos alimentares e/ou centros de apoio social; desempregados; famílias beneficiárias de RSI ou de apoios de acção social) ☐ Desorganização familiar (conflitualidade familiar frequente; negligência da habitação a nível da organização do espaço e da higiene) ☐ Preocupações acentuadas, expressas por um dos pais, pessoa que presta cuidados à criança ou profissional de saúde, relativamente ao desenvolvimento da criança, ao estilo parental ou interacção mãe/pai criança </td> </tr> </tbody> </table>			Factores de risco Parentais	Factores de Risco Contextual	☐ Mães adolescentes <18 anos ☐ Abuso do álcool ou outras substâncias aditivas ☐ Maus-tratos activos (físicos, emocionais e abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos a prestar à criança - saúde, alimentação, higiene e educação)* ☐ Doença do foro psiquiátrico ☐ Doença física incapacitante ou limitativa ☐ Escolaridade < 4º ano (ensino básico de acordo com a idade) * Penha, T. (2000) Tipologia de maus-tratos	☐ Isolamento (ao nível geográfico e dificuldade no acesso a recursos formais e informais; discriminação sócio-cultural e étnica, racial ou sexual; discriminação religiosa; conflitualidade na relação com a criança) e/ou Pobreza (recurso a bancos alimentares e/ou centros de apoio social; desempregados; famílias beneficiárias de RSI ou de apoios de acção social) ☐ Desorganização familiar (conflitualidade familiar frequente; negligência da habitação a nível da organização do espaço e da higiene) ☐ Preocupações acentuadas, expressas por um dos pais, pessoa que presta cuidados à criança ou profissional de saúde, relativamente ao desenvolvimento da criança, ao estilo parental ou interacção mãe/pai criança
Factores de risco Parentais	Factores de Risco Contextual					
☐ Mães adolescentes <18 anos ☐ Abuso do álcool ou outras substâncias aditivas ☐ Maus-tratos activos (físicos, emocionais e abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos a prestar à criança - saúde, alimentação, higiene e educação)* ☐ Doença do foro psiquiátrico ☐ Doença física incapacitante ou limitativa ☐ Escolaridade < 4º ano (ensino básico de acordo com a idade) * Penha, T. (2000) Tipologia de maus-tratos	☐ Isolamento (ao nível geográfico e dificuldade no acesso a recursos formais e informais; discriminação sócio-cultural e étnica, racial ou sexual; discriminação religiosa; conflitualidade na relação com a criança) e/ou Pobreza (recurso a bancos alimentares e/ou centros de apoio social; desempregados; famílias beneficiárias de RSI ou de apoios de acção social) ☐ Desorganização familiar (conflitualidade familiar frequente; negligência da habitação a nível da organização do espaço e da higiene) ☐ Preocupações acentuadas, expressas por um dos pais, pessoa que presta cuidados à criança ou profissional de saúde, relativamente ao desenvolvimento da criança, ao estilo parental ou interacção mãe/pai criança					
Os pais foram informados desta referenciação? ☐ Sim ☐ Não Os pais foram orientados para o serviço de IP da sua área (ELI) ☐ Sim ☐ Não						
Identificação do referenciador: Nome: _____ Serviço: _____ Contactos: (morada, telefone, email) _____ Tlf: _____ Mail: _____						

SAM e SAPE

Programa Nacional de Saúde Infantil Juvenil

Utente: **MICAS PASTEL NATA** Idade: **5A 1M 18D** Vigiado na USF/UCSP: **Sim**

Mãe/Responsável: _____

Período Pré-Natal e Natal

Doenças durante a gravidez: **nenhuma** Risco na Gravidez: **Gravidez Normal**

Duração da gravidez(sem.): **40** Nºconsultas da grav.: **5** Local do Parto: **HD DE OLIVEIRA DE AZEIS**

Tipo de Parto: **Cesariana** Epidural: ☐ Apgar: **6 8 10** Reanimação: ☐ Contacto pele com pele e aleitamento materno pelo menos durante a primeira hora de vida: ☒

Estatura(cm): **51** Peso(kg): **3,21** P.Cefálico(cm): **42** Grupo Sanguíneo: **B** Factor RH: **+**

Período Neo-Natal

Asfixia Perinatal: ☒ Malformações Congénitas: ☐ Convulsões: ☒ Aleitamento materno: ☒

Ventilação Mecânica: ☐ Retinopatia da Prematuridade: ☐ Infecção Neonatal: ☒ Vômitos: ☐

Displasia Broncopulmonar: ☐ Cirurgia Neonatal: ☐ Lesão do Plexo Braquial: ☐ Hemorragias: ☐

Icterícia com Fototerapia: ☐ Doença Cardíaca: ☒ Internamento em Neonatologia: ☒ BCG: ☐

Doença Metabólica: ☒ Eco Transfontanelar: ☐ Rastreio Auditivo Neonatal Universal: ☒ VHB: ☐

Alterações Genéticas: ☐ Alterações Neurológicas: ☐ Rastreio das doenças metabólicas: ☐

Resumo do Internamento Neonatal: **teste**

Detalhes **Parâmetros a Avaliar** **Cuidados Antecipatórios** **Marv Sheridan** **S.N.I.P.I.**

Contatos	Estatura	Peso	IMC	P.Cefálico	Visão	TA	TA	Notas
Data	Idade	cm	Perc.	kg	Perc.	cm	Perc.	O.D. O.E.
2012.11.28	5A 1M 18D	89	<=5	10	<=5	12,62	<=5	49 50 a 75 10 10 12 8
2012.11.27	5A 1M 17D					13,52	5 a 10	
2012.11.26	5A 1M 16D	88	<=5	13	<=5	16,79	75 a 85	47 10 a 25 10 5 12 8 teste

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

1 - Crianças com alterações nas funções ou estruturas do corpo

1 único critério

1.1 Atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida, abrangendo 1 ou mais áreas (motora, física, cognitiva, da linguagem e comunicação, emocional, social e adaptativa) validado por avaliação fundamentada, feita por profissional competente para o efeito



CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

1.2 Condições específicas – Baseiam-se num diagnóstico relacionado com situações que se associam a atraso do desenvolvimento:

- Anomalia cromossômica
- Perturbação neurológica (PC, NF)
- Malformação congénita (s. polimalformativos)
- Doença metabólica
- Défice sensorial



CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

- Perturbações relacionadas com exposição pré-natal a agentes teratogénicos ou a narcóticos, cocaína e outras drogas (SAF)
- Perturbações relacionadas com infeções severas congénitas (HIV, TORCH, meningite)
- Dç^a crónica grave (tumores SNC, D, renal, hematológica)
- Desenvolvimento atípico com alterações na relação e comunicação (PEA)
- Perturbações graves da vinculação e outras perturbações emocionais



CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

2 - Crianças com risco grave de atraso de desenvolvimento

elegíveis as que acumulam 4 ou + critérios

2.1 Crianças expostas a fatores de risco biológico

Crianças que estão em risco de vir a manifestar limitações na atividade e participação por condições biológicas que interfiram claramente com a prestação de cuidados básicos, com a saúde e o desenvolvimento:

- Hx familiar de anomalias congênitas associadas a perturbações do desenvolvimento
- Exposição IU a tóxicos (álcool, drogas de abuso)
- Complicações pré-natais graves (infecções, hemorragias, etc)



CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

- PT < 33 sem
- BP < 1,5 kg
- ACIU (Pn<P10)
- Asfixia perinatal grave (I.Apgar <4 ao 5º min ou pH sg cordão < 7,2 ou manifestações neurológicas ou orgânicas sistêmicas neonatais)
- Complicações NN graves (meningite, convulsões, alterações metabólicas ou hidroeletrolíticas)
- Hemorragia intraventricular, TCE graves
- Infecções congênitas (TORCH), Criança HIV +
- Infecções graves do SNC (meningite bacteriana , meningoencefalite)
- Otite média crônica com risco auditivo



CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

2 - Crianças com risco grave de atraso de desenvolvimento

2.2 Crianças expostas a fatores de risco ambiental

Fatores **parentais** ou **contextuais** que atuam como obstáculo à atividade e à participação na criança, limitando as suas oportunidades de desenvolvimento e impossibilitando ou dificultando o seu bem-estar



CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

2.2.1 Fatores de risco parentais

- Mães adolescentes
- Abuso de álcool / outras substâncias aditivas
- Maus tratos ativos (físicos, emocionais, abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos – saúde, alimentação, higiene, educação)
- Dçª do foro psiquiátrico
- Dçª física incapacitante ou limitativa

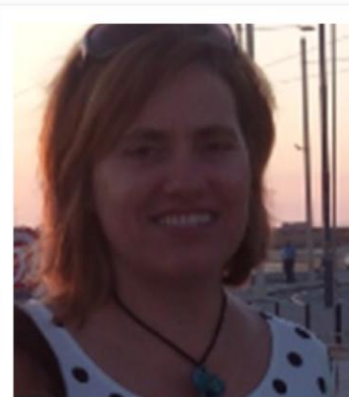


CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

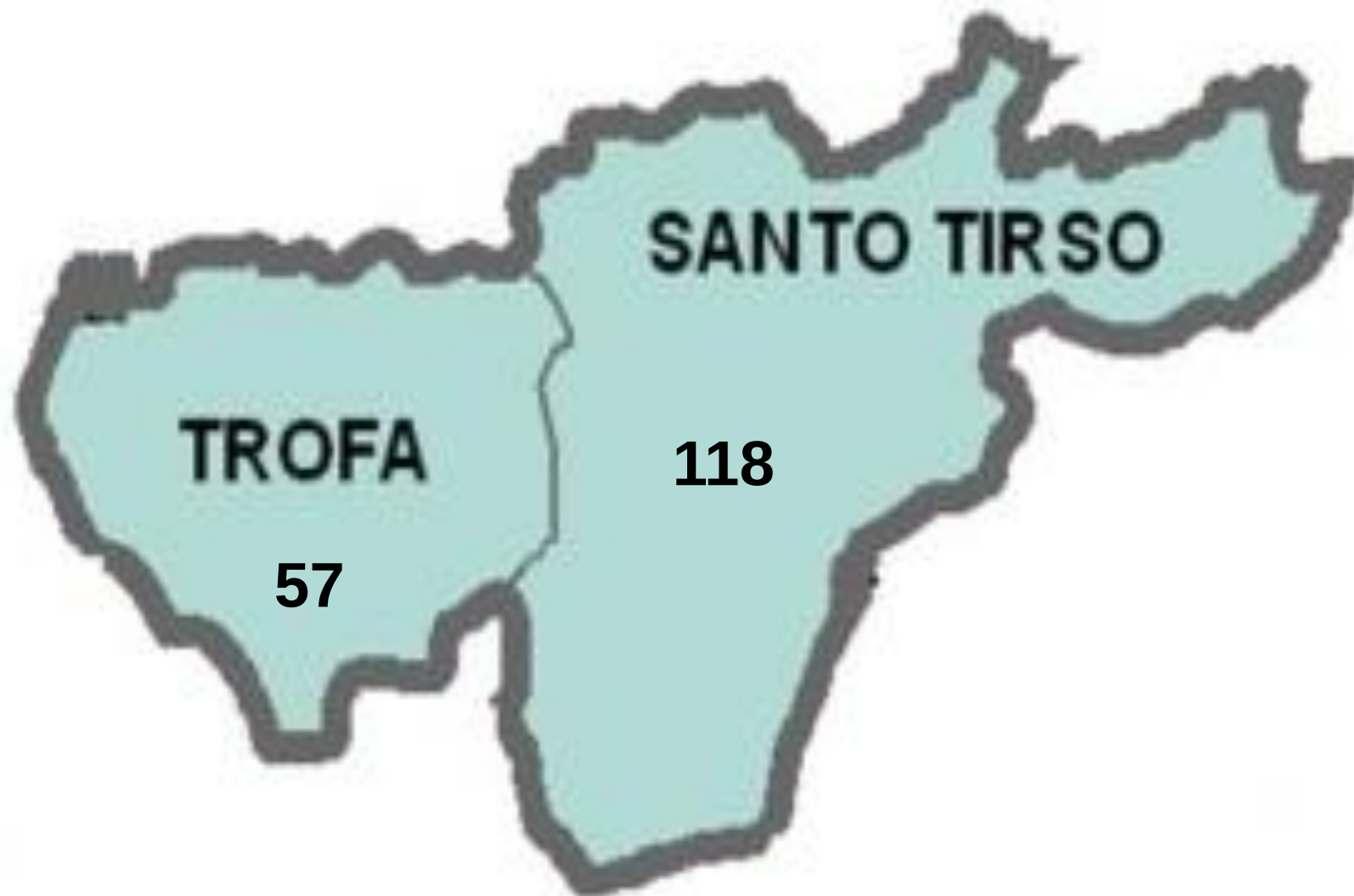
2.2.2 Fatores de risco contextuais

- **Isolamento** (geográfico c/ dificuldade de acesso a recursos, descriminação socio-cultural, conflitualidade na relação com a criança) e/ou **Pobreza** (recurso a bancos alimentares e/ou centros de apoio social, desemprego, apoios de ação social)
- **Desorganização familiar** (conflitualidade, negligência da habitação – higiene e organização do espaço)
- **Preocupações acentuadas por um dos pais, profissional de saúde ou cuidador** (desenvolvimento da criança, estilo parental, interação mãe/ pai-criança)

ELI SANTO TIRSO/ TROFA



ELI SANTO TIRSO/ TROFA



ESTATÍSTICA

Entradas:

175 crianças (120 M – 68,6%, 55 F – 31,4%)

1. Início (jan 2014) - 18

2. Referenciação - 125 (71,4%)

3. SEE - 30

4. Transferência - 2

2.1 Quem referenciou

✓ Saúde - 67 (**54%**)*

✓ Educação - 48 (**39%**)*

✓ Pais - 14 (12%)*

✓ Outros - 8 (7%)*

* (12 cr. referenciadas por 2 entidades)

ESTATÍSTICA

Motivo de referênciação: 175

- **119** - Atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida (1.1) - 68%
- **46** - Condições específicas (1.2) - Triss 21, outras cromossomopatias, s. polimalformativos, cegueira, surdez, polimicrogria, mielomeningocelo, PC, PEA, mucopolissacaridose, artrogripose, SAF, leucemia... - 26%
- **4** - Fatores de risco biológico (2.1 + 2.1 + 2.1 + 2.1)
- **4** - F. risco ambiental 2.2.1 + 2.2.1 (parentais) + 2.2.2 + 2.2.2 (contextuais)
- **2** - Cond. específicas (1.2) + F. risco biol. (2.1) + F. risco ambiental (2.2)



ESTATÍSTICA

	Referenciação -> 145		SEE -> 30		Total -> 175		
	M	F	M	F	M	F	
	98	47	22	8	120	55	
Idade	67,58%	32,42%	73,34%	26,66%	68,58%	31,42%	
0 A	9	3			9	3	6,86%
	12		0		12		
1 A	5	1			5	1	3,43%
	6		0		6		
2 A	13	4	2	1	15	5	11,43%
	17		3		20		
3 A	21	12	1	0	22	12	19,42%
	33		1		34		
4 A	33	12	5	2	38	14	29,72%
	45		7		52		
5 A	17	13	13	5	30	18	27,43%
	30		18		48		
6 A	0	2	1	0	1	2	1,71%
	2		1		3		

ESTATÍSTICA

Saídas:

77

- 28 transitaram para 1º ciclo
- 14 NE
- 15 por não haver recursos
- 8 transferidas para outras ELI's + 1 para Agrupamento de escolas
- 10 recusaram / faltaram
- 2 emigraram

98 crianças (91 intervenção direta e 7 em vigilância)



ESTATÍSTICA

Capacidade da ELI: 60 - 80 crianças

Total de crianças 0-6 anos inscritas no ACeS: 6 047

Estima-se

3,7 % necessitam de IPI - **223 - 224**

0 anos - 743

1 ano - 769

2 anos - 806

3 anos - 943 3 261 120-121

4 anos - 909

5 anos - 891

6 anos - 986 2 786 103

NOTAS FINAIS

Políticas
Intervenções



Crescimento
Desenvolvimento
das capacidades humanas

Menos stress



no meio familiar

Mais capazes



as pessoas de participar
autonomamente na vida social

Mais longe



correção das limitações funcionais de
origem

NOTAS FINAIS

“Ter sucesso exige uma grande confiança nos outros. Ninguém pode ter sucesso sozinho. Os outros são os mil braços que ajudam a construir a vida de cada um.”



(Dugpa Rimpoché)

Obrigado!



sara.figueiredo.lope@gmail.com