



Universidade do Minho
Instituto de Educação

**A Perceção de profissionais e de pais acerca
da utilização do Ages & Stages
Questionnaires (ASQ-PT)**

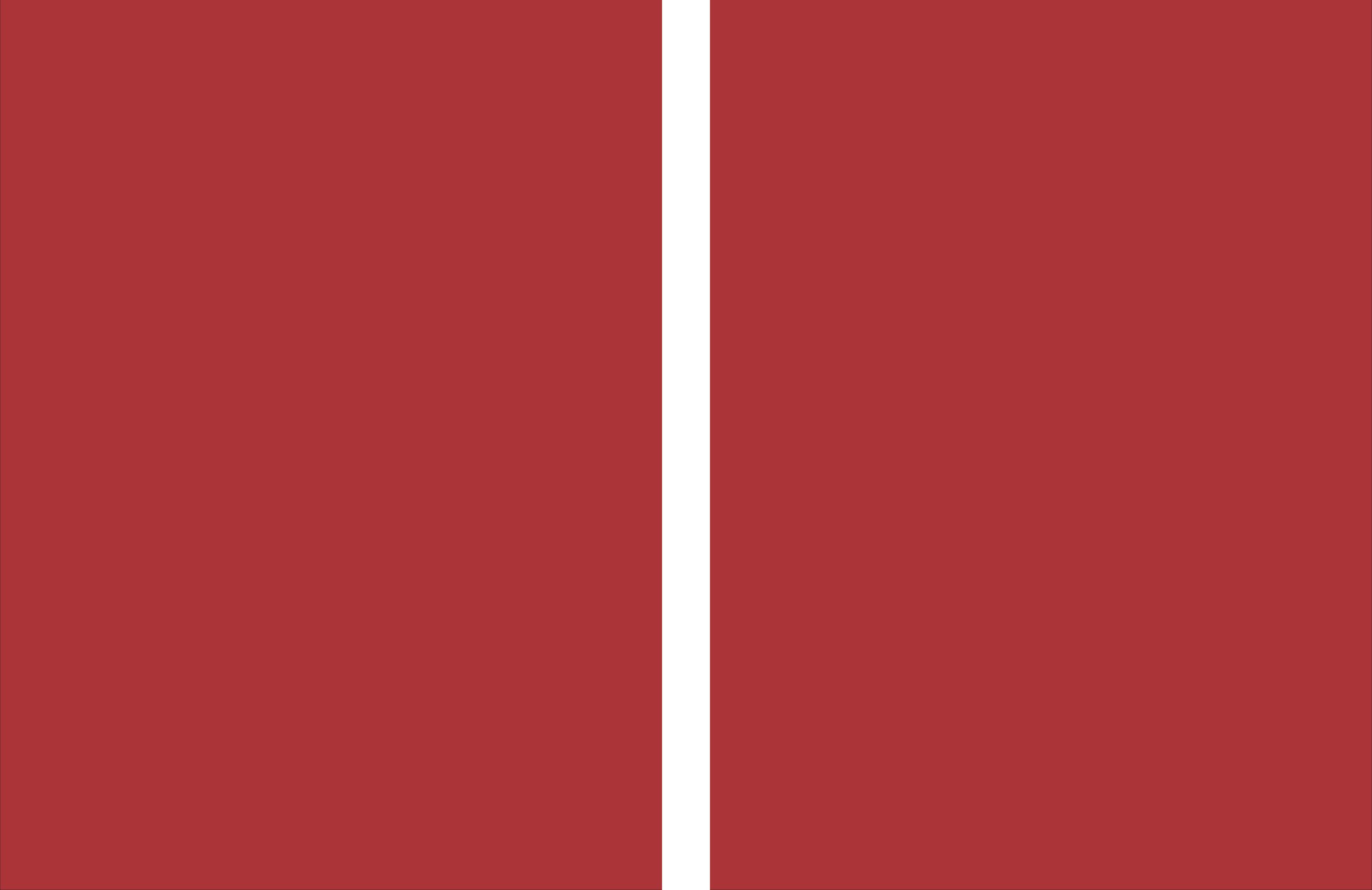
Rita Adriana Simões Ralha Laranjeira

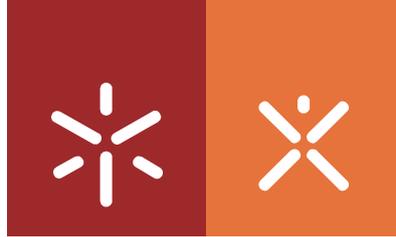
Rita Adriana Simões Ralha Laranjeira

**A Perceção de profissionais e de pais acerca
da utilização do Ages & Stages
Questionnaires (ASQ-PT)**

UMinho | 2019

outubro de 2019





Universidade do Minho
Instituto de Educação

Rita Adriana Simões Ralha Laranjeira

**A Perceção de profissionais e de pais acerca
da utilização do Ages & Stages
Questionnaires (ASQ-PT)**

Tese de Doutoramento
Doutoramento em Estudos da Criança
Especialidade em Educação Especial

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Ana Maria Serrano

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previsto na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositórioUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-CompartilhaIgual
CC BY-NC-SA

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora **Ana Maria Serrano**, pelo apoio, pelo suporte, pelo incentivo, pela partilha de conhecimentos e experiências. Por contribuir para a minha evolução profissional. Por me transmitir sempre a sua paixão pela IPI e incentivar a querer ir sempre mais além com as famílias!

Aos **profissionais das ELI, de saúde e de educação** e às **famílias** que participaram neste estudo, pela disponibilidade, colaboração e entusiasmo com o rastreio.

Às **famílias** e **profissionais** com quem trabalhei nos últimos anos, porque, mesmo sem saberem, ajudaram-me a manter o meu foco e mostraram-me a importância do meu trabalho. Pelo vosso empenho e por me permitirem fazer parte das vossas vidas. Este estudo é por vocês.

Às minhas **colegas de ELI**, pelo apoio incondicional, pelo incentivo e por, em alguns momentos, me terem libertado da realização de algumas atividades para me poder dedicar à tese.

À **Silvana Martins**, colega de Doutoramento, que foi tão importante para eu estar sempre ligada à Universidade. Pelo incentivo, pelo apoio e pela ajuda nesta fase final.

À **minha família (avós, tios, primos)**, a todos vocês que sempre confiaram que eu teria sucesso neste projeto, me incentivaram, me deixaram desabafar, me aturaram o mau feitio em alguns momentos e sempre mostraram o vosso orgulho por mim...

À **Ilda Meirinho**, amiga desde épocas difíceis, pela força e pelo apoio.

À **Luísa Moreira**, grande amiga do coração, minha “irmã”, pelo ombro, pelo apoio, pelo suporte, pelo incentivo, pela (grande) espera desta conclusão, pelas temporadas sem te contactar... Já não há mais “Tenho de estudar”.

Ao **meu pai**, por aturar a minha falta de paciência, pela força, pelo orgulho e pela confiança, sempre demonstrada, no meu sucesso.

À **Joana**, minha irmã, a quem tinha prometido fazer o Doutoramento, por estares sempre lá nos piores e nos melhores momentos. Pelas tuas palavras de incentivo e pela ajuda nesta fase final... e nas outras fases todas... Pelas correções.

À **minha mãe**, sem sombra de dúvidas, a minha maior claqué de incentivo, sempre disponível para me ouvir, às vezes por horas, e me orientar. Pelas transcrições... Pela ajuda em casa... Pela comida... Pelas palavras de repreensão e de alento. Pelo colo sempre pronto a receber-me. Por me ter ensinado a nunca desistir e a lutar sempre pelos meus objetivos.

Declaração de integridade

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Perceção de profissionais e de pais acerca da utilização do Ages and Stages Questionnaires (ASQ-PT)

Resumo

A investigação intitulada *A perceção de profissionais e de pais acerca da utilização do Ages and Stages Questionnaires (ASQ-PT)* teve como finalidade a realização de um estudo qualitativo para conhecer os procedimentos desenvolvidos pelas Equipas Locais de Intervenção (ELI) no processo de elegibilidade de crianças; conhecer as perceções dos profissionais de intervenção precoce, de saúde e de educação e de pais sobre a utilização do ASQ-PT (instrumento de rastreio já aferido e adaptado para a população infantil portuguesa) no rastreio; compreender a colaboração dos pais durante a utilização do ASQ-PT; e sensibilizar os profissionais para a utilização do ASQ-PT na identificação precoce.

Entrevistámos inicialmente profissionais de 3 ELI de três áreas geográficas de Portugal (Norte, Centro e Lisboa a Vale do Tejo). Os dados recolhidos permitiram-nos obter as diferenças e semelhanças nas etapas do processo de elegibilidade para o SNIPI. Concluímos que existe a necessidade de: formação dos profissionais envolvidos, de modo a contribuir e a assegurar um maior envolvimento das famílias em todo o processo de IPI; uniformização da constituição das ELI; revisão dos tempos de afetação dos profissionais às ELI; uniformização de instrumentos formais a utilizar no processo de elegibilidade das crianças.

Após o rastreio com o ASQ-PT, realizámos entrevistas semiestruturadas aos profissionais das 3 ELI, a 18 profissionais de saúde de 4 centros de saúde e um hospital, a 49 profissionais de educação de 12 instituições de educação e a 14 famílias. O ASQ-PT promoveu o aumento de referências de crianças para o SNIPI. Concluímos que a confiança e a colaboração entre profissionais e famílias proporciona uma maior motivação para a realização do rastreio, contribuindo também para o estreitamento das relações entre os agentes envolvidos. A criação de um rastreio de desenvolvimento em Portugal é essencial para uma identificação precoce efetiva das crianças, sendo o ASQ-PT um instrumento que pode ser utilizado para esse fim. Para a sua operacionalização, ganha relevo a importância da divulgação da identificação precoce e do rastreio, junto da sociedade, e a formação dos profissionais em desenvolvimento, IPI, ASQ-PT, a colaboração com as famílias e a articulação de serviços.

Palavras-chave: Ages and Stages Questionnaires, Capacitação das Famílias, Colaboração Profissionais/Famílias, Identificação Precoce, Rastreio de Desenvolvimento

Perception of professionals and parents about the use of Ages and Stages Questionnaires (ASQ-PT)

Abstract

The entitled research *Perception of professionals and parents about the use of Ages and Stages Questionnaires (ASQ-PT)* aimed to conduct a qualitative study to know the procedures developed by Local Intervention Teams (ELI) in child eligibility process; to know early intervention, health and education professionals and parents' perceptions about the use of ASQ-PT (screening instrument already standardized and adapted for the Portuguese child population) through screening process; to understand parents' collaboration during the use of ASQ-PT; and sensitize practitioners to the use of ASQ-PT in early identification.

We have initially interviewed 3 ELI professionals from three geographical areas of Portugal (North, Center and Lisbon and Tagus Valley). The collected data allowed us to acquire the differences and similarities in the eligibility process stages for SNIPI. We conclude that there is a need for: professionals training in order to contribute and ensure a greater involvement of families throughout the Early Intervention (EI) process; uniformization of ELI constitution; review of professionals' appointments times to ELI; standardization of formal instruments to be used in the children eligibility process.

After screening with ASQ-PT, we conducted semi-structured interviews with 3 ELI professionals, 18 health professionals from 4 health centers and one hospital, 49 education professionals from 12 educational institutions and 14 families. ASQ-PT promoted increased referrals of children to National Early Intervention System (SNIPI). We conclude that trust and collaboration between professionals and families provides a greater motivation in screening and, also contributes in narrowing the relationship between the involved agents. Creating a developmental screening in Portugal is essential for effective early identification of children, and ASQ-PT can be used for this purpose. For its operationalization, it is important the early identification and screening dissemination among society; professionals training on development, EI, ASQ-PT, collaboration with families and articulation of services is highlighted.

Key Words: Ages and Stages Questionnaires, Developmental screening, Early identification, Families' empowerment, Professionals/Families Collaboration

ÍNDICE

Resumo	V
Abstract	VI
índice	VII
Índice de figuras	X
Índice de gráficos	XI
Índice de tabelas	XII
Lista de abreviaturas e siglas	XIII
Dedicatória	XIV
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	5
1. Intervenção Precoce	5
1.1. Enquadramento histórico da Intervenção Precoce	6
1.2. Intervenção Precoce em Portugal	8
1.3. Modelos teóricos da Intervenção Precoce	13
1.4. Alguns estudos sobre Intervenção Precoce	25
1.5. Intervenção Precoce e o processo de elegibilidade	27
2. Desenvolvimento da criança	31
2.1. Fatores de proteção e fatores de risco	39
3. Rastreio de desenvolvimento	43
3.1. Identificação precoce e rastreio de desenvolvimento	45
3.2. Limitações e vantagens da utilização de instrumentos de rastreio	50
3.3. Instrumentos de rastreio utilizados em Portugal	54
3.4. Rastreio de desenvolvimento e o papel dos profissionais de saúde e de educação	57
3.5. Envolvimento dos pais/prestadores de cuidados no rastreio de desenvolvimento	66
4. Ages and Stages Questionnaires	69
4.1. Contextualização	69
4.2. Desenvolvimento e revisões do ASQ	70
4.3. ASQ-3	73
4.3.1. Componentes	76
4.3.2. Fases de implementação	79
4.4. Estudos sobre ASQ	86

4.5. ASQ-PT	91
CAPÍTULO III - METODOLOGIA	94
1. Desenho da investigação	94
2. Questões da investigação	95
3. Procedimentos	96
4. Caracterização dos participantes	102
CAPÍTULO IV - ANÁLISE DOS RESULTADOS	112
1. Entrevistas iniciais aos profissionais das ELI.....	112
1.1. Constituição da ELI.....	113
1.2. Elementos referenciadores das crianças para o SNIPI.....	114
1.3. Primeiros contactos.....	114
1.4. Plano de preparação da avaliação.....	117
1.5. Instrumentos de rastreio e de avaliação utilizados pelas ELI.....	120
1.6. Envolvimento dos pais na avaliação da criança.....	121
1.7. Tempo de duração do processo de elegibilidade.....	123
1.8. Constrangimentos.....	124
2. Entrevistas aos profissionais das ELI, de saúde e de educação e às famílias	125
2.1. Processo de elegibilidade para o SNIPI.....	127
2.2. Identificação precoce e referenciação para a ELI.....	128
2.3. Desenvolvimento da criança.....	132
2.4. Crianças rastreadas e preenchimento do questionário.....	133
2.5. Obstáculos no rastreio.....	134
2.6. Vantagens do rastreio com o ASQ-PT.....	136
2.7. Desvantagens do rastreio com o ASQ-PT.....	152
2.8. Sentimentos durante o rastreio.....	161
2.9. Mudanças para melhoria do processo de rastreio com o ASQ-PT.....	163
2.10. Recomendações.....	167
CAPÍTULO V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	172
1. Discussão dos resultados	172
2. Conclusão	196
2.1. Limitações da investigação e linhas orientadoras de estudos futuros.....	201
2.2. Implicação para a prática.....	203

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	209
ANEXOS	224
Anexo A – Parecer da Comissão de Ética da Universidade do Minho	224
Anexo B - Parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados	225
Anexo C - Carta de pedido de autorização às entidades e instituições	228
Anexo D - Parecer da Comissão de Ética da ARS Lisboa e Vale do Tejo	231
Anexo E - Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro	232
Anexo F - Parecer da Comissão de Ética/Norte	233
Anexo G - Parecer da Direção Geral de Educação	235
Anexo H - Declarações de consentimento	236
Anexo I - Guião de entrevista inicial aos profissionais das ELI	238
Anexo J - Guião de entrevista aos profissionais das ELI	241
Anexo L - Guião de entrevista aos profissionais de saúde	244
Anexo M - Guião de entrevista aos profissionais de educação	247
Anexo N - Guião de entrevista às famílias	250

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura do SNIPI.....	12
Figura 2 - Componentes essenciais das práticas centradas na família.....	18
Figura 3 - Modelo de desenvolvimento sistémico de Guralnick.....	22
Figura 4 - Papéis da família na avaliação.....	30
Figura 5 – Teoria unificada do desenvolvimento que inclui as mudanças pessoais, o contexto e os modelos de regulação.....	34
Figura 6 – Impacto da acumulação de fatores de risco nos primeiros três anos.....	42
Figura 7 – Exemplo demonstrativo do intervalo de idade de um questionário.....	76
Figura 8 – Exemplo demonstrativo de questão com imagem.....	77
Figura 9 – Exemplo demonstrativo da tabela para registo dos resultados das áreas de desenvolvimento na folha de sumário.....	78
Figura 10 – Exemplo demonstrativo do quadro das respostas às questões acerca das áreas de desenvolvimento.....	78
Figura 11 – Fases de implementação do sistema ASQ-3.....	80
Figura 12 – Exemplo de cronograma do sistema ASQ-3.....	83

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Idade das entrevistadas.....	109
Gráfico 2 – Estado civil das entrevistadas.....	109
Gráfico 3 – Nível de escolaridade das entrevistadas.....	110
Gráfico 4 – Profissão das entrevistadas.....	110
Gráfico 5 – Idade das crianças.....	111
Gráfico 6 – Preenchimento do questionário.....	111
Gráfico 7 – Como as profissionais de educação identificam uma criança com problemas de desenvolvimento.....	130
Gráfico 8 – Como as famílias se inteiram do desenvolvimento das suas crianças.....	132
Gráfico 9 – A quem as famílias recorrem quando têm preocupações acerca do desenvolvimento das suas crianças.....	133
Gráfico 10 - Sentimentos das profissionais de educação durante o rastreio.....	162

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Constituição das ELI por Ministérios.....	103
Tabela 2 – Formação complementar dos profissionais da ELI Norte.....	104
Tabela 3 – Tempo de serviço, em anos, dos profissionais da ELI Norte.....	105
Tabela 4 – Formação complementar dos profissionais da ELI Centro.....	105
Tabela 5 – Tempo de serviço, em anos, dos profissionais da ELI Centro.....	106
Tabela 6 – Formação complementar dos profissionais da ELI Lisboa e Vale do Tejo.....	107
Tabela 7 – Tempo de serviço, em anos, dos profissionais da ELI Lisboa e Vale do Tejo.....	107
Tabela 8 – Distribuição dos profissionais de saúde e de educação por área geográfica.....	108
Tabela 9 – Elementos referenciadores das crianças para o SNIPI em 2016.....	114
Tabela 10 – Decisão sobre os profissionais presentes nos primeiros contactos.....	116
Tabela 11 – Primeiros contactos.....	117
Tabela 12 – Plano de preparação da avaliação: papel dos pais.....	118
Tabela 13 – Plano de preparação da avaliação: papel dos profissionais.....	120
Tabela 14 – Instrumentos utilizados pelas ELI.....	121
Tabela 15 – Envolvimento dos pais na avaliação.....	123
Tabela 16 – Obstáculos no rastreio.....	136
Tabela 17 – Vantagens do processo de rastreio com o ASQ-PT.....	138
Tabela 18 – Vantagens do instrumento no rastreio.....	145
Tabela 19 – Vantagens do rastreio com o ASQ-PT para os profissionais	146
Tabela 20 - Vantagens do rastreio com o ASQ-PT para as famílias.....	151
Tabela 21 - Vantagens do rastreio com o ASQ-PT para as crianças.....	151
Tabela 22 – Limitações do rastreio com o ASQ-PT.....	153
Tabela 23 – Desvantagens do instrumento no rastreio com o ASQ-PT.....	155
Tabela 24 – Desvantagens do rastreio com o ASQ-PT para os profissionais.....	156
Tabela 25 - Desvantagens do rastreio com o ASQ-PT para as famílias.....	160
Tabela 26 - Desvantagens do rastreio com o ASQ-PT para as crianças.....	160
Tabela 27 – Mudanças no processo de rastreio com o ASQ-PT.....	167

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASQ – Ages and Stages Questionnaires

ASQ-3 - Ages and Stages Questionnaires, 3ª Edição

ASQ-PT - Ages and Stages Questionnaires, versão portuguesa

CS – Centro(s) de Saúde

ELI – Equipa Local de Intervenção/ Equipas Locais de Intervenção

IDEA – Individuals with Disabilities Education Act

IPI – Intervenção Precoce na Infância

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

NE – Necessidades especiais

NEE – Necessidades educativas especiais

PIIP – Projecto Integrado de Intervenção Precoce

SGS II – Schedule of Growing Skills II

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

Ao meu Titó
Meu tio e meu padrinho
Pelas nossas brincadeiras e arrelias
Por seres um dos homens da minha vida
Por todo o amor que tenho por ti
Ficaste pelo meu “quase”, sem esperares pelo final

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

As crianças são o futuro da sociedade e por isso deve existir um investimento na promoção do seu desenvolvimento e bem-estar. As crianças com necessidades especiais ou em risco de apresentar problemas de desenvolvimento continuam, nos dias de hoje, a necessitar de ter acesso a serviços que promovam o seu desenvolvimento, de acordo com as suas necessidades específicas, com vista a uma melhoria da sua qualidade de vida, bem como da da sua família (Dunst, Sukkar & Kirkby, 2017).

A Convenção sobre os Direitos da Criança (Unicef, 2004) foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989 e ratificada por Portugal em 1990 e teve como predecessor a Declaração dos Direitos da Criança, enunciada pela Declaração de Genebra de 1924 e adotada pelas Nações Unidas em 1959. Esta Convenção veio reconhecer a criança, enquanto pertencente a uma sociedade e a quem deve ser assegurada atenção especial ao nível do crescimento, desenvolvimento e cuidados, e salientar a importância da família no seu desenvolvimento. O artigo 18º refere que a responsabilidade de educar a criança e assegurar o seu desenvolvimento cabe aos pais e que deve ser preocupação primordial o interesse superior da criança. O artigo 23º aborda os direitos das crianças deficientes, nomeadamente: o direito a uma vida digna, que favorece autonomia e facilita a sua participação na comunidade; o direito “de beneficiar de cuidados especiais” (p.16) e aceder aos recursos disponíveis na comunidade para obter a assistência considerada necessária e que, sempre que possível, deverá ser gratuita, assegurando-se desta forma a sua integração social e o acesso “à educação, à formação, aos cuidados de saúde, à reabilitação, à preparação para o emprego e a actividades recreativas” (pp. 16-17).

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência foi adotada em 2007 e ratificada por Portugal em 2009 (Resolução da Assembleia da República nº 56/2009). No artigo 25º, determina as medidas de saúde apropriadas e a alínea b) refere-se especificamente ao acesso a serviços de saúde necessários, onde são incluídas a deteção e intervenção atempada com vista a minimizar e prevenir deficiências.

A importância da Intervenção Precoce, em Portugal, foi ressalvada pela publicação do Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro. O aumento exponencial de crianças acompanhadas por este serviço tem demonstrado quer a sua importância, quer a valorização da deteção e conseqüente encaminhamento de crianças com problemas de desenvolvimento. A elaboração de critérios de

elegibilidade pela Comissão de Coordenação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância permitiu colmatar parte das dificuldades sentidas pelos profissionais no momento da definição da elegibilidade.

A Intervenção Precoce tem também, através das mudanças de paradigma, de um modelo centrado na criança para um modelo centrado na família, mostrando o impacto positivo e significativo do envolvimento dos pais no desenvolvimento das crianças, pois são as pessoas que melhor as conhecem. Os pais demonstram competências para promoverem o desenvolvimento das suas crianças e, quando orientados, adquirem novos conhecimentos e são capacitados acerca das competências a desenvolver.

No nosso país, continuamos a verificar uma identificação tardia de crianças com problemas de desenvolvimento, algumas delas já em idade escolar. Esta situação, associada à escassez de instrumentos de rastreio no nosso país e à inexistência da aferição dos instrumentos já utilizados com a população infantil, pode comprometer tanto o desenvolvimento das crianças como o seu futuro.

A implementação de um sistema de rastreio, disseminado em todo o país, desenvolvido pelos profissionais que atuam ao nível da prevenção primária, especificamente os da área da saúde e da educação, é essencial para que a identificação precoce seja vista como um bem necessário na promoção do desenvolvimento máximo das crianças e na melhoria do bem-estar das famílias. Ao mesmo tempo, será possível divulgar junto da comunidade os objetivos da realização do rastreio, bem como a sua importância, desmistificando o significado da identificação precoce, que continua a ser por vezes entendida, por muitas famílias, como uma tentativa de “rótulo” às crianças. Envolver os profissionais de educação no rastreio seria benéfico, pois estes têm conhecimento acerca de desenvolvimento infantil e um acesso privilegiado à criança e à família.

As dificuldades existentes na comunicação entre os serviços, sobretudo de saúde e de educação, tem implicações ao nível da articulação e da coordenação do trabalho desenvolvido, bem como da utilização dos recursos existentes nos diferentes serviços (Bairrão & Almeida, 2003).

São os pais as pessoas que melhor conhecem as crianças, logo envolvê-los no processo de rastreio é essencial, quer como forma de aquisição de informação acerca do desenvolvimento da criança, quer enquanto maneira de os capacitar sobre desenvolvimento.

O instrumento de rastreio ASQ-PT, já se encontra aferido e adaptado para a população infantil portuguesa, apresenta as qualidades psicométricas e as características necessárias à identificação precoce de crianças com problemas de desenvolvimento e prevê o envolvimento ativo dos pais no preenchimento do questionário. Pode, então, ser pensada a sua utilização generalizada nas consultas

de saúde infantil ou de pediatria, nas creches e/ou nos jardins de infância e pelas Equipas Locais de Intervenção.

Considera-se que a uniformização da utilização de um instrumento de rastreio pelos diferentes serviços poderá proporcionar, da parte dos diferentes profissionais, um olhar focado na mesma direção e uma colaboração efetiva entre eles. Ao mesmo tempo, permite demonstrar a relevância da família no desenvolvimento da criança, com o seu envolvimento no rastreio através do preenchimento do questionário, valorizando o seu conhecimento acerca da criança.

Neste sentido, o nosso estudo teve como finalidade conhecer as perceções de profissionais de diferentes áreas (Intervenção Precoce, educação e saúde) e de famílias acerca da utilização do instrumento de rastreio ASQ-PT. Junto das Equipas Locais de Intervenção, foi nosso intuito, numa fase inicial, perceber como se desenrola o processo de elegibilidade das crianças para o SNIPI.

Os objetivos gerais do nosso estudo foram:

- conhecer os procedimentos das ELI no processo de elegibilidade das crianças para o SNIPI;
- conhecer as perceções dos profissionais das ELI, de saúde e de educação sobre a utilização do ASQ-PT para o rastreio;
- conhecer as perceções dos profissionais das ELI, de saúde e de educação sobre a colaboração dos pais no processo de rastreio;
- conhecer as perceções dos pais sobre a utilização do ASQ-PT para o rastreio de desenvolvimento;
- conhecer as perceções dos pais sobre a sua colaboração no processo de rastreio;
- sensibilizar os profissionais das ELI, de saúde e de educação para a utilização do ASQ-PT.

A presente investigação, intitulada *A Perceção de profissionais e de famílias acerca da utilização do Ages and Stages Questionnaires (ASQ-PT)* está organizada em cinco capítulos. O primeiro capítulo, a introdução, contextualiza a pertinência da investigação, apresentando a finalidade e os objetivos do estudo.

No segundo capítulo, referente ao enquadramento teórico, contextualizamos a Intervenção Precoce, no que diz respeito ao enquadramento internacional e nacional, aos modelos teóricos que estão na sua base e ao processo de elegibilidade das crianças para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. De seguida, abordamos o desenvolvimento da criança, ressaltando a importância dos fatores de proteção e de risco. Fazemos também referência à identificação precoce e ao rastreio de desenvolvimento, suas limitações e vantagens, descrevemos os instrumentos de rastreio utilizados em Portugal, mencionamos o papel dos profissionais de saúde e de educação, salientando alguns estudos

desenvolvidos nesta área, e centramo-nos ainda no envolvimento dos pais no rastreio. Para finalizar, descrevemos o instrumento de rastreio *Ages and Stages Questionnaires*, referindo estudos desenvolvidos, em diversos países, sobre a sua utilização e a perceção de profissionais e de famílias, e concluimos com a apresentação dos resultados dos estudos de aferição e adaptação do instrumento à população infantil portuguesa.

O terceiro capítulo apresentamos o desenho da investigação, as questões de investigação e os diversos procedimentos desenvolvidos durante o estudo. Fazemos ainda a caracterização dos participantes do nosso estudo.

No quarto capítulo apresentamos e analisamos os resultados das entrevistas aos profissionais das ELI acerca do processo de elegibilidade para o SNIPI e das entrevistas aos profissionais e às famílias sobre a utilização do ASQ-PT.

O quinto capítulo engloba a discussão dos resultados descritos anteriormente e as conclusões, identificando algumas propostas para futuras investigações em Portugal e propostas para a implementação de um rastreio com a utilização do ASQ-PT.

CAPÍTULO II

ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

1. INTERVENÇÃO PRECOCE

A Intervenção Precoce (IPI) foi definida por Shonkoff e Meisels (2000) como o conjunto de serviços multidisciplinares fornecidos a crianças dos 0 aos 5 anos, tendo como objetivos: promover a saúde e o bem-estar da criança, aumentar as competências emergentes, minimizar atrasos de desenvolvimento, remediar incapacidades existentes ou emergentes, prevenir a deterioração funcional, promover a adaptação parental e o funcionamento familiar adequado.

Para Gallagher, LaMontagne e Johnson (2000, p.69), a IPI engloba “uma comunidade de indivíduos que partilham um interesse comum, a disponibilização de serviços adequados para crianças em risco de vir a apresentar NEE [Necessidades Educativas Especiais], para crianças com NEE e para as famílias das mesmas”.

A Intervenção Precoce deve iniciar-se o mais precocemente possível, aumentando a possibilidade de serem ultrapassadas as dificuldades da criança com necessidades especiais ou em risco. Estudos realizados comprovam que, quanto mais cedo se iniciar a intervenção da IPI, com as crianças e suas famílias, mais eficaz esta será, havendo maiores probabilidades de a criança maximizar as suas oportunidades de aprendizagem e as famílias acederem aos serviços necessários às suas crianças (Bairrão & Almeida, 2003; Brassard & Boehm, 2007; Shonkoff & Philips, 2000; Dunst et al., 2017). Os ganhos são considerados significativos, favorecendo o desenvolvimento global, a saúde e o bem-estar da criança, otimizando o seu potencial evolutivo, envolvendo e capacitando as famílias para ajudarem as suas crianças a adquirirem competências. Uma intervenção atempada aumenta a saúde, a aprendizagem, o desenvolvimento da criança de maneiras mais eficazes do que se esta intervenção ocorrer mais tardiamente (Bailey & Wolery, 2002; Bricker, Macy, Squires & Marks, 2013; Dunkle & Vismara, 2004; Dunst et al., 2017), refletindo-se na criança e na sua família, mas também na sociedade. Traz, a longo prazo, consequências positivas ao nível político, económico e social com a redução do investimento em programas na área da educação e da saúde em momentos em que os problemas de desenvolvimento nas crianças já estão estabelecidos (Doan-Sampson, Wollenburg & Campbell, 2000; Dunst et al., 2017; Glascoe, 2000; Hanson & Lynch, 1995; Peterson, 1988; Pinto-Martin, Dunkle, Earls, Fliedner & Landes, 2005).

Intervir precocemente pressupõe que os profissionais que se encontram na linha da prevenção primária estejam atentos a sinais de alerta e a fatores que podem potencialmente originar alterações no desenvolvimento das crianças e valorizar as preocupações apresentadas pelos pais ou outros profissionais.

1.1. Enquadramento histórico da Intervenção Precoce

Na década de 1960 nos Estados Unidos da América, começou a surgir em diversas áreas - educação de infância, saúde infantil, educação especial e investigação em desenvolvimento da criança - um olhar mais pormenorizado nas crianças com necessidades especiais (NE). Assim, a base do desenvolvimento da IPI foca-se em três aspetos: a crença na responsabilidade da sociedade para fornecer cuidados e proteção às crianças mais pequenas; um compromisso com as necessidades especiais das crianças que são particularmente vulneráveis como resultado de condições de fatores estabelecidos ou como consequência do ambiente em que vivem; um sentimento de que a prevenção é melhor do que o tratamento e que uma intervenção precoce é melhor do que uma remediação mais tardia (Meisels & Shonkoff, 2000).

Surgiram então programas e projetos - Head Start, Perry Preschool Project, Carolina Abecedarian Project, entre outros - (Bricker, Macy, Squires & Marks, 2013; Serrano, 2007) para as crianças com idade até aos 6 anos com NE e para as crianças consideradas em risco devido a fatores ambientais (Bailey & Wolery, 1992; Serrano, 2007). A atenção dada a estas crianças permitiu que fosse publicada legislação na área da educação de infância, da educação compensatória para crianças com NE e da educação especial (Hanson & Lynch, 1995). Na sua sequência e devido à necessidade de investigar a eficácia dos programas de IPI, ganha relevância o papel da família no desenvolvimento de crianças com NE e em risco com uma consequente alteração nas metodologias de trabalho pelos profissionais.

Os programas de intervenção precoce inicialmente baseavam-se no modelo médico, centrado na criança, caracterizado por: participação de diversos profissionais (médicos, enfermeiros, terapeutas e assistentes sociais); tomada de decisões pelos profissionais; ação rápida; utilização de linguagem técnica; contínua monitorização e recolha de dados acerca do progresso da criança (Hanson & Lynch, 1995). Os papéis encontravam-se bem definidos e cabia aos profissionais a tomada de decisões e a implementação das decisões. A intervenção ocorria em contextos médicos, pelo profissional com maior conhecimento na área a intervir e tinha como foco a criança. Assim, a intervenção estava centrada nos

profissionais enquanto especialistas e era um serviço prestado à criança e à família. Os pais tinham um papel passivo sem participarem ativamente nos serviços que lhes eram prestados (Simeonsson & Bailey, 1990) ou a sua participação era orientada de acordo com decisões tomadas pelos profissionais (McBride & Brotherson, 1997).

Este modelo muitas vezes não refletia as prioridades da família nem esta tinha a possibilidade de participar nas escolhas para a intervenção da sua criança. Era um modelo que se focava nas dificuldades da criança, o que originava por vezes desilusão nos elementos da família quando essas dificuldades não eram ultrapassadas. Orientava-se por uma perspetiva médica, baseado nos diagnósticos clínicos e em tratamentos específicos que pretendiam satisfazer as necessidades das crianças com NE. Este modelo permitiu “encarar as doenças dos pacientes como tratáveis” (Serrano, 2007, p.16). A família não era envolvida no processo de intervenção e raramente era consultada. Desta forma, encontrava-se limitada a sua responsabilidade e participação em todo o processo.

Nos anos de 1970, com a publicação de legislação acerca da educação das crianças com NE (*Individuals with Disabilities Education Act*) (IDEA), surgiu uma nova fase com os profissionais e as famílias a desenvolverem um trabalho mais em conjunto nos programas destinados a estas crianças e, conseqüentemente, os pais passaram a ter um papel mais ativo.

Com o passar dos anos, os pais começaram a ter um envolvimento maior com uma conseqüente necessidade de formação para eles e para outros elementos da família de maneira a darem continuidade ao trabalho desenvolvido pelos profissionais. Por sua vez, os profissionais começaram a acreditar na importância do envolvimento dos pais como elementos essenciais na alteração do comportamento e do desenvolvimento da criança. Salienta-se que, no entanto, a intervenção mantinha um foco exclusivo na criança.

Na década de 1980, a família passa ser vista como centro da intervenção em conjunto com a sua criança. Assim, o foco da IPI deixa de ser exclusivamente a criança e o seu desenvolvimento para passar a englobar também a família e as suas necessidades. Começou então a existir a percepção de que a eficácia dos programas de IPI aumentava quando a família participava e estava envolvida na intervenção, pelo que começou a ser dado ênfase ao suporte para a participação da família durante toda a intervenção (McBride & Brotherson, 1997).

A mudança de paradigma, a introdução de novos modelos conceptuais e uma intervenção centrada na família, nas suas necessidades e preocupações, permitiu valorizar os contributos dos pais e dos profissionais, uma vez que a família passou a ser vista como parceiro equitativo dos profissionais no processo de tomada de decisões (Serrano, 2007). Assim, os profissionais passaram o seu foco da

criança, enquanto ser em desenvolvimento, para a família, enquanto responsável pelo seu crescimento, desenvolvimento e bem-estar, de forma a maximizar as suas capacidades para ir ao encontro das necessidades da sua criança.

A IPI evoluiu de atividades e orientações terapêuticas para programas de suporte à criança e à família. Encontra-se já bem estabelecida a importância dos primeiros anos de vida da criança como janela de oportunidade crucial para o desenvolvimento da criança e o apoio à família e que terá benefícios a longo prazo nas suas vidas. Não podemos também esquecer o domínio preventivo da IPI junto das crianças com necessidades especiais e em risco. A intervenção permitirá minimizar problemas de desenvolvimento das crianças ou problemas que podem no futuro vir a comprometer o seu desenvolvimento (Guralnick, 1997).

1.2. Intervenção Precoce em Portugal

A IPI iniciou a sua existência em Portugal na década de 70 do século XX com a criação do projeto do Centro de Paralisia Cerebral em Lisboa e as evoluções realizadas nas últimas décadas tiveram como base mudanças legislativas e conceptuais significativas (Serrano, 2007; Serrano, Mas, Cañadas & Giné, 2017).

Os programas de IPI, sobretudo os existentes nos Estados Unidos da América, permitiram evidenciar a importância na qualidade da prestação de serviços a crianças com NE ou de risco. Os programas que foram surgindo em Portugal apresentavam grande heterogeneidade geográfica e de metodologia. Havia zonas onde existiam diversos projetos, alguns que resultam do trabalho de um profissional, outros de um grupo de profissionais ou equipas. Havia também zonas geográficas onde os projetos eram inexistentes, pelo que não verificava uma cobertura nacional deste serviço para todas as crianças que dele deveriam usufruir. A metodologia utilizada era diversa, desenvolvendo a maior parte dos programas práticas centradas na criança ou nos profissionais e sem articulação entre serviços do ponto de vista organizacional (Boavida, Carvalho & Espe-Sherwindt, 2009). Dos programas existentes salientamos o programa Portage para Pais e o Projecto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP) do distrito de Coimbra, pois foram os primeiros a centrar a sua intervenção na família e não exclusivamente na criança.

O programa Portage para Pais teve origem na década de 1960 nos Estados Unidos da América. Este modelo era dirigido aos pais de crianças com NE ou em risco e previa a existência de um trabalho de parceria entre profissionais e pais, no domicílio, e a estruturação de objetivos e

estratégias que eram avaliados semanalmente. Da organização do Portage fazia parte um programa de formação para os visitantes domiciliários, um sistema de monitorização e avaliação das práticas com supervisão semanal e diversos materiais de suporte. O programa pressupunha então o apoio aos pais pelos profissionais e destes pelos grupos de supervisão (Pimentel, 2009).

Em outubro de 1985 iniciou em Portugal o primeiro Curso Básico Portage e, logo de seguida, iniciou a implementação deste modelo com o papel preponderante da Direcção dos Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica através do Professor Bairrão Ruivo, ao nível da intervenção junto das crianças com NE e em risco e das suas famílias (Pimentel, 2009; Serrano et al., 2017).

A escolha deste programa para ser utilizado em Portugal deveu-se ao facto de prever o envolvimento dos pais, a intervenção nos contextos naturais da criança, partir das forças da criança e da família e a promoção de competências nas rotinas da criança, indo ao encontro das teorias atuais na área da psicologia do desenvolvimento. “Baseava-se na existência de um programa educativo individualizado, para cada criança e família, de cariz educacional, recorrendo a estratégias de análise comportamental aplicada e a técnicas de ensino preciso e ensino directo.” (Almeida, 2009, p.30).

Portugal teve uma rápida progressão ao nível das práticas de IPI com a criação do PIIP, considerado um “programa de IPI integrado e abrangente que oferece uma grande variedade de serviços a nível regional” (Serrano, 2007, p.70). Este projeto teve início em 1989 e foi o primeiro programa de IPI que envolveu um trabalho multidisciplinar e coordenado entre serviços de saúde, educação e assistência social (Serrano, 2007; Serrano & Boavida, 2011; Serrano et al., 2017). Tinha como objetivo providenciar serviços individuais a crianças com idade inferior a 3 anos com NE ou em risco e às suas famílias. No âmbito deste projeto foram constituídas 17 equipas, uma por concelho do distrito de Coimbra, cujos profissionais faziam parte de diferentes serviços de cada comunidade específica: médico e enfermeiro dos centros de saúde locais, educadores de infância pertencentes ao Ministério da Educação, assistente social e psicólogo que podiam trabalhar em instituições privadas, centros de saúde ou outra entidade local. Nas áreas urbanas do distrito, as equipas podiam também contar com terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais, enquanto que nas áreas rurais não existiam na comunidade esses terapeutas (Boavida et al., 2009). Estava ainda prevista a realização de formação para todos os profissionais do PIIP.

O projeto assentava em bases teóricas fundamentadas das práticas centradas na família, do trabalho de equipa transdisciplinar e do impacto positivo da IPI na vida das crianças, das famílias e da sociedade, pelo que o seu foco eram as famílias. As intervenções eram realizadas nos contextos naturais da criança e essa decisão competia à família de acordo com as suas preferências e com as

necessidades da criança. Este projeto contribuiu para o desenvolvimento da legislação sobre a IPI publicada em 1999 e em 2009 que abordo seguidamente.

Desde o final da década de 1990, a importância dada à Intervenção Precoce aumentou e em 1999 foi publicado o Despacho conjunto nº 891/99 de 19 de outubro. Portugal passou a ser assim o primeiro país da Europa cuja legislação ao nível da IPI engloba três Ministérios: da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. Este documento legislador foi influenciado pela lei americana relativa à educação especial – IDEA – (Bairrão & Almeida, 2003) e pelos princípios e práticas recomendados por organizações, como a Division for Early Childhood do Council for Exceptional Children (Serrano, 2007) e a Eurllyaid.

Este Despacho apresentou orientações reguladoras da IPI para crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e suas famílias. Estas condições de risco incluem “fatores pré, peri e pós-natal ou ainda por razões que limitem a capacidade de tirar partido de experiências importantes de aprendizagem” (Despacho Conjunto nº 891/99, p.15566) por parte das crianças. Os destinatários eram as crianças até aos 6 anos de idade, com especial incidência dos 0 aos 3 anos. Estavam previstos neste documento o envolvimento da família, o trabalho de equipa e o plano individual de intervenção. O envolvimento da família implicava a sua participação em todo o processo de intervenção; o trabalho de equipa abordava a relação entre profissionais e família necessária para ir ao encontro das necessidades e prioridades da família; o plano individual de intervenção pretendia assegurar o envolvimento da família na sua realização e implementação.

O Despacho conjunto previa a seleção das crianças para a IPI, após a sua referenciação por profissionais ou famílias, tendo por base os critérios de elegibilidade a definir pelas equipas de coordenação, constituídas por profissionais designados pelos três Ministérios e de âmbito distrital. Esta característica pressupõe que cada distrito de Portugal poderia ter diferentes critérios de elegibilidade, sem existir uma uniformidade nacional face às crianças e respetivas famílias que poderiam ter acesso aos serviços de IPI.

Tem-se verificado ao longo dos anos que as crianças são identificadas e encaminhadas para a IPI em idades muito díspares. Bailey e Wolery (2002 citado por Bairrão & Almeida, 2003) tinham já referido como foco de atenção a área da identificação precoce e da elegibilidade para a IPI, devido à disparidade de idades das crianças identificadas e encaminhadas nos Estados Unidos da América. Consideraram ser necessário refletir sobre aspetos relacionados com a diversidade de critérios de elegibilidade para a IPI; a necessidade de experiência dos profissionais para realizar diagnósticos; a existência de modelos de identificação precoce com a criação de equipas multidisciplinares; a

existência de instrumentos de rastreio eficazes; o conhecimento das características de diferentes deficiências ou síndromes e a sua deteção precoce (Bairrão & Almeida, 2003). Em Portugal, alguns destes fatores influenciaram também o acesso à IPI, pois a inexistência de critérios de elegibilidade implicava uma heterogeneidade da rede de IPI e as crianças eram elegíveis de acordo com os critérios dos profissionais das equipas (Bairrão & Almeida, 2003).

Como aspetos positivos desta legislação, Bairrão (2007) salientou a necessidade da realização de uma prevenção primária das dificuldades da criança, promovendo o papel dos pais, enquanto parceiros ativos do processo de habilitação e reabilitação da criança, e o papel dos profissionais, fundamental na capacitação dos pais. Realçou também a articulação entre os três Ministérios, como facilitadora da cobertura da IPI a nível nacional, mais próxima das crianças e das famílias, da organização nacional, regional e local que permite colocar em prática as orientações previstas na legislação e o trabalho interdisciplinar com a colaboração de diferentes estruturas das áreas da educação, saúde e segurança social.

Dando continuidade ao desenvolvimento e a uma maior homogeneidade da IPI em Portugal, foi finalmente publicado a 6 de outubro de 2009, o Decreto-Lei (D.L.) nº 281/2009, que veio criar o SNIPI. Este consiste “num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas actividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso de desenvolvimento” (p.7298). Este D.L. mantém a articulação dos três Ministérios: da Educação, da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.

O SNIPI passou a abranger “as crianças dos 0 aos 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”. (D.L. nº 281/2009, p. 7298).

De acordo com este Decreto-Lei, são objetivos do SNIPI:

- a) Assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de ação de IPI em todo o território nacional;
- b) Detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e nas estruturas do corpo ou atraso grave de atraso de desenvolvimento;

- c) Intervir, após a deteção 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.

De acordo com a figura 1 apresentada abaixo, em termos de estrutura, o SNIPI apresenta dois níveis diferentes: o primeiro constituído pela Comissão de Coordenação e por cinco Subcomissões Regionais (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) e o segundo pelas ELI. Em cada distrito do país existe ainda um Núcleo de Supervisão Técnica cuja função é dar conhecimento às ELI acerca das orientações emanadas ao nível de coordenação e colaborar com os profissionais das ELI na análise e reflexão da intervenção desenvolvida por cada elemento junto da criança e da família.

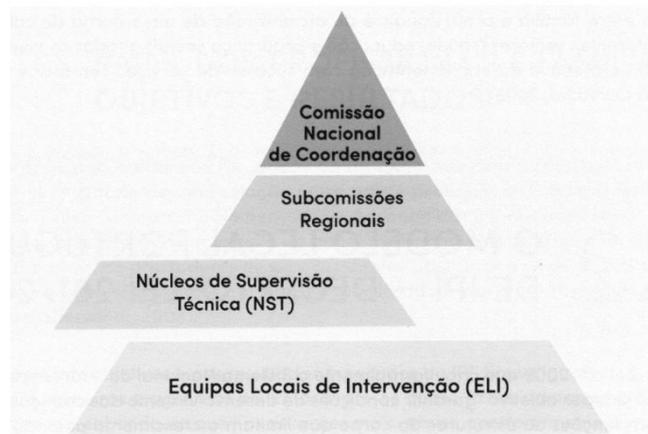


Figura 1 – Estrutura do SNIPI

(Imagem retirada de Carvalho et al., 2016, p. 64)

À Comissão de Coordenação cabe:

- assegurar a articulação das ações dos três ministérios;
- assegurar a constituição das equipas multidisciplinares interministeriais;
- acompanhar, regulamentar e avaliar o funcionamento do SNIPI;
- definir os critérios de elegibilidade das crianças, os procedimentos e os instrumentos de avaliação e os procedimentos necessários para a implementação dos Planos Individuais de Intervenção Precoce;
- elaborar o plano de ação onde se encontram delineados os objetivos a nível nacional;
- sistematizar informação e elaborar um guia nacional de recursos do SNIPI;

- criar uma base de dados nacional com informação sobre as crianças acompanhadas pelo SNIPI;

- promover formação e investigação no âmbito da IPI;

- realizar as avaliações bianuais do SNIPI e apresentar relatórios anuais de atividade aos responsáveis no Governo pelas três áreas abrangidas pelo SNIPI - saúde, educação e solidariedade social (D.L. n.º 281/2009).

Os três Ministérios estão envolvidos em todos os níveis do SNIPI. Compete-lhes assegurar os profissionais das ELI: da Educação os docentes da rede de agrupamentos de escolas de referência; da Saúde a integração de profissionais de saúde; do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social a celebração de acordos de cooperação com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) para contratação de profissionais de serviço social, psicólogos e terapeutas. As ELI são então constituídas por diferentes profissionais com formações especializadas em diferentes domínios e o trabalho realizado permite conjugar os saberes de um conjunto de profissionais que articulam e desenvolvem um trabalho de equipa. A forma como as ELI se organizam para alcançar os objetivos descritos acima poderá não ser uniforme, podendo os seus profissionais atuar mais em conjunto ou de forma mais individualizada, conforme o modelo de intervenção que se adequa às suas práticas (Franco, 2007). Atualmente, o modelo transdisciplinar é o que se considera ser mais recomendado para o funcionamento da IPI, devido à abordagem holística da criança e da família e por ir ao encontro dos objetivos das práticas centradas na família (Carvalho et al., 2016). Este modelo de funcionamento das equipas promove a partilha de conhecimentos entre os profissionais dentro das suas áreas de formação e cria uma relação de confiança mútua entre todos. Tendo por base este modelo, é escolhido, pelos elementos da ELI, um profissional que irá manter um contacto mais estreito com a família e servir de intermediário entre esta e os restantes elementos da equipa, o mediador de caso.

1.3. Modelos teóricos de Intervenção Precoce

A IPI é caracterizada pela adoção de uma abordagem teórica ecossistémica, com práticas baseadas num modelo de fortalecimento das competências da família. O papel desta ao longo das últimas décadas tem sofrido alterações e deixou de ter uma componente passiva para uma componente ativa, dando-se relevo ao conhecimento que os pais têm acerca da sua criança e ao impacto positivo da sua intervenção na criação de oportunidades de aprendizagem significativas para ela. Com esta mudança, pretende-se também ajudar os pais a sentirem-se mais competentes e

capazes, proporcionando-lhes acesso ou orientação para serviços formais e informais da comunidade que contribuam para influenciar positivamente o desenvolvimento da criança e, ao mesmo tempo, melhorar a qualidade do funcionamento familiar.

A IPI baseia-se nos modelos teóricos do desenvolvimento humano de Sameroff e Chandler (1975) – Modelo Transacional de Desenvolvimento - e de Bronfenbrenner (1979, 2002) - Modelo de Ecologia do Desenvolvimento Humano -, bem como nos modelos que servem de referência para a IPI, o Modelo de Práticas Centradas na Família de Dunst (1988) e o Modelo do Desenvolvimento Sistêmico de Guralnick (2011), que apresentamos de seguida.

Modelo Transacional de Desenvolvimento

O modelo transacional de desenvolvimento foi desenvolvido por Sameroff e Chandler (1975) como forma de explicar diferentes resultados obtidos em termos de desenvolvimento em bebés de risco e tornou-se uma conceptualização com grande influência no que diz respeito à relação de reciprocidade entre um indivíduo e o seu ambiente (Serrano, 2007). Segundo Sameroff (2009), as *transações* ocorrem quando uma atividade de um elemento altera a atividade normal de outro, de forma quantitativa, aumentando ou diminuindo o nível da resposta usual, ou qualitativa, provocando ou iniciando uma resposta nova

Estes autores consideraram que os fatores biológicos e ambientais, isoladamente, não podiam prever a aquisição de competências dos bebés de risco, havendo um impacto bidirecional. Observaram que as características da criança e do ambiente não são estanques e se vão alterando a cada momento através de uma interação e influência mútuas. Os resultados do desenvolvimento são assim originados pela criança e pelo ambiente onde se insere. A criança encontra-se em constante reorganização e as suas características não podem ser vistas como estáticas.

Sameroff e Chandler (1975; Sameroff & Fiese, 2000) entendem o desenvolvimento como um resultado da interação entre a criança, as experiências familiares e os recursos da comunidade, por isso os fatores familiares, sociais e ambientais têm impacto no desenvolvimento da criança.

A família é um modelo de identificação, de proteção, onde a criança recebe informação e orientação, onde estabelece interações, onde adquire competências e tem acesso a experiências. Cabe então aos pais moldar tanto o desenvolvimento como o comportamento da sua criança, ao mesmo tempo que esta irá moldar por seu lado o comportamento dos pais.

As características das transações dizem respeito a mudanças no comportamento ou atitudes da criança que estão diretamente relacionados com comportamentos e atitudes dos outros no contexto onde se inserem (Sameroff & Fiese, 2000). Essas transações ocorrem ao longo do tempo, de um acontecimento ou experiência para outro que ocorra posteriormente, tornando essa influência permanente. Todo este processo tem lugar em ambientes que a criança e a família influenciam e a relação estabelecida entre a criança e o ambiente desencadeia mudanças constantes. Assim, a criança não se desenvolve enquanto ser isolado com características específicas e inalteráveis, mas sim enquanto ser que envolvido em ambientes determinados com os quais desenvolve transações constantes.

Segundo este modelo, os fatores ambientais podem modificar o impacto dos fatores biológicos no desenvolvimento da criança, uma vez que, em termos de desenvolvimento, existem vulnerabilidades na criança que são consequência desses primeiros fatores. Salienta-se então a importância da identificação dos fatores do ambiente que podem vir a influenciar negativamente o desenvolvimento da criança e colocá-la em risco de apresentar atraso de desenvolvimento. A intervenção a realizar com estas crianças e as suas famílias implicará mudanças no comportamento dos intervenientes, o que irá influenciar as interações desenvolvidas entre eles, maximizando a eficiência dessa intervenção.

O modelo transacional do desenvolvimento salienta a importância dos primeiros anos de uma criança como um período de especial relevo para a prevenção e melhoria de dificuldades de desenvolvimento (Hanson & Lynch, 1995). As interações da criança com o ambiente podem então ter uma grande influência no seu crescimento e desenvolvimento. As atitudes e os comportamentos que as pessoas têm para com uma criança com problemas de desenvolvimento podem ter impactos diferentes com consequências positivas ou negativas. Assim, se a criança tem experiências redutoras que condicionam o seu desenvolvimento, este fica comprometido. Mas pode ocorrer o contrário, com a diminuição das dificuldades da criança e a promoção da aquisição de novas competências, quando as experiências proporcionadas são adequadas às suas necessidades (Pinto, Grande, Novais, Rosário & Barbieri, 2009).

Modelo de Ecologia do desenvolvimento humano

Segundo Bronfenbrenner (2002, p.14), “o desenvolvimento humano é um produto da interação entre o organismo humano em crescimento e seu meio ambiente” e o ambiente tem uma influência direta no desenvolvimento e no comportamento da pessoa.

O modelo de ecologia do desenvolvimento humano permitiu perceber a organização dos contextos de vida da criança e da família, tendo como ponto de partida a existência de três categorias: a própria criança, a sua família e a comunidade onde está inserida (Bronfenbrenner, 1995, 2002). De acordo com Bronfenbrenner (1979, 2002) existem níveis diferenciados onde ocorrem interações que contribuem para o desenvolvimento da criança. Apesar de distintos entre si, esses níveis são considerados como interativos, uma vez que se influenciam mutuamente. A criança está então envolvida num processo constante e dinâmico que ocorre em diversos contextos e que inclui quatro sistemas: microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema.

Microssistema é o contexto imediato que afeta diretamente a criança em desenvolvimento, isto é, as atividades e papéis que ela experiencia, os locais onde passa o seu tempo, as pessoas com as quais interage e os vínculos criados. Neste sistema estão implicados não só as relações estabelecidas com as pessoas e as interações com os objetos com quem a criança interage mas também as interações entre essas pessoas, a natureza dos vínculos estabelecidos e a consequente influência que têm no desenvolvimento da criança (Bronfenbrenner, 2002; Bronfenbrenner & Morris, 1998).

O mesossistema inclui as inter-relações e processos dos ambientes nos quais a criança se desenvolve e participa ativamente. É neste sistema que se vão incluir as relações entre profissionais, família e comunidade que irão produzir efeitos interativos na criança e na família. Este sistema não é estanque e altera-se sempre que a criança acede a um novo ambiente.

O exossistema compreende ambientes que não envolvem diretamente a criança em desenvolvimento mas que têm uma influência no que acontece no seu ambiente imediato. Diz respeito aos serviços médicos, grupos sociais, media, entre outros, que irão intervir junto da família como forma de dar resposta às necessidades desta e da sua criança.

O macrosistema compreende o contexto cultural, as crenças e valores culturais que regem uma determinada cultura dentro da qual a criança se desenvolve (Boavida, 1995; Bronfenbrenner, 2002; Lopes, 2005; Serrano, 2007).

Para além destes sistemas, Bronfenbrenner (1995) inclui ainda o cronossistema, que é o “grau de estabilidade, de consistência e de previsibilidade ao longo do tempo” (Bronfenbrenner & Morris, 1998, p. 1020) e diz respeito a acontecimentos que alteram ou influenciam o desenvolvimento da criança ao longo do tempo: os que ocorrem em momentos específicos, como a entrada na escola; os que ocorrem por períodos de tempo mais alargados, como o divórcio dos pais; e os de ordem política ou económica que originam mudanças na criança, como o efeito das TIC no ambiente familiar.

As interações que se vão estabelecendo entre a criança e as pessoas que direta ou indiretamente com ela se relacionam, bem como os ambientes, vão influenciar a forma como a criança se desenvolve, uma vez que podem ocorrer mudanças no seu papel dentro de uma relação ou no ambiente que levam a que modifique e adeque o seu comportamento aos acontecimentos. O tempo influencia o desenvolvimento sempre que a criança está em interação e essa influência vai-se alterando de acordo com a complexidade das interações que se vão estabelecendo e com a sua duração.

Modelo de Práticas Centradas na Família

Partindo de uma perspectiva sistémica e ecológica, Dunst e seus colegas desenvolveram um conjunto de princípios para o trabalho de apoio às famílias que designaram de Práticas Centradas na Família (Dunst, 2000a; Dunst, Trivette & Deal, 1988;) e onde “a intervenção deve estar centrada na ajuda prestada aos pais na obtenção de serviços e capacidades que possam facilitar a adaptação e o desenvolvimento da família e da criança” (Serrano, 2007, p. 40).

A IPI caracteriza-se pela adoção de uma abordagem teórica ecossistémica, operacionalizando o trabalho desenvolvido com a adoção de práticas centradas na família, isto é, num modelo de fortalecimento das suas competências. Estas práticas são aquelas em que os pais têm um papel crucial na tomada de decisões sobre todos os aspetos do processo de IPI (Dunst, 2000b) e que tem como alvo as oportunidades de aprendizagem da criança, o apoio aos pais e os recursos da comunidade (Carvalho et al., 2016).

Os objetivos de uma intervenção centrada na família focam-se: na criação de oportunidades de modo a que as famílias utilizem as suas competências e/ou adquiram outras que lhes permitam fazer face às suas necessidades e às da sua criança; na interação com a família para que consigam, tendo a ajuda dos profissionais de IPI, manter ou melhorar o seu funcionamento familiar e realizar mudanças positivas de ações, de capacidades e aceder aos recursos que consideram necessários (Dunst et al., 1988).

Dunst, Trivette e Deal (1988) delinearam como princípios centrados na família:

- encarar a família como a unidade de prestação de serviços;
- reconhecer os pontos fortes da criança e da família;
- dar resposta às prioridades identificadas pela família;
- individualizar a prestação de serviços;
- dar resposta às prioridades, em constante mudança, das famílias;
- apoiar os valores e o modo de vida de cada família.

Segundo Espe-Sherwindt (2008), os elementos centrais das práticas centradas na família são:

- reconhecer a família como constante na vida da criança;
- facilitar a colaboração entre pais e profissionais em todas as etapas;
- honrar a diversidade das famílias: raça, etnia, cultura, socioeconómico;
- reconhecer forças da família, a sua individualidade e diferentes métodos de lidar com as situações;
- encorajar o suporte e a rede de cada família;
- criar sistemas que incorporem as necessidades de desenvolvimento da criança e das famílias;
- implementar políticas e programas compreensivos que deem suporte emocional e financeiro que vá ao encontro das necessidades das famílias;
- elaborar sistemas de serviço acessíveis que são flexíveis, responsivos às necessidades identificadas pelas famílias e à sua cultura.

Nos últimos 40 anos, Dunst (2000b) tem vindo a desenvolver o modelo de práticas centradas na família, por ele designado de *Modelo de IP de 3ª geração*. Este modelo inclui os quatro elementos-chave, que são fundamentais nas práticas desenvolvidas na IPI e no suporte proporcionado à família, apresentados na figura 2: as práticas centradas na família, as oportunidades de aprendizagem oferecidas à criança, os apoios ao exercício da parentalidade e os apoios e recursos da família/comunidade.

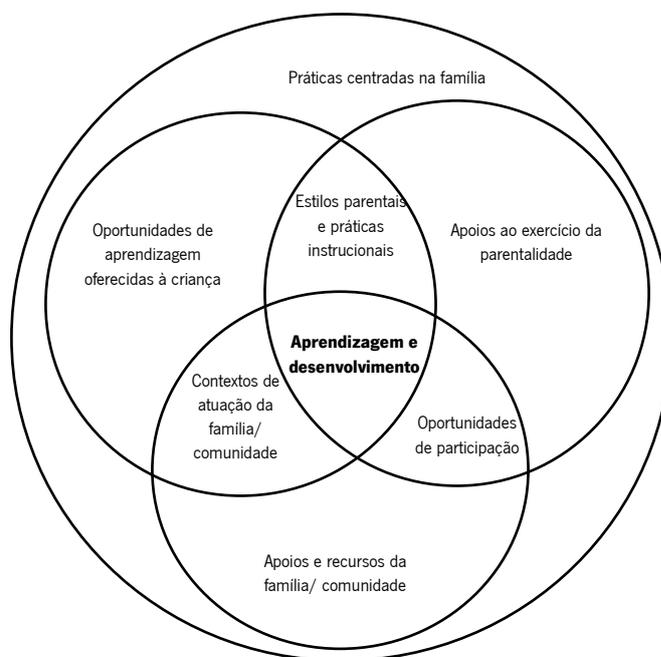


Figura 2 – Componentes essenciais das práticas centradas na família

(Dunst, 2000b, p. 101)

Nas *práticas centradas na família*, os pais devem ser decisores de todos os aspetos do programa de IPI e dos serviços de apoio de que necessitam, de acordo com as suas necessidades e prioridades (Dunst, 2000b). A família orienta a intervenção, sendo imprescindível o seu compromisso e colaboração (Dempsey & Keen, 2017). Os pais são parceiros dos profissionais e o trabalho conjunto que desenvolvem tem por base os aspetos do desenvolvimento da criança que a família define e considera serem mais importantes.

As *oportunidades de aprendizagem* são aquelas que, proporcionadas à criança, vão promover o desenvolvimento de novas competências e ocorrem nos seus contextos naturais.

Os *apoios ao exercício da parentalidade* englobam informação e orientação fornecidas aos pais que vão validar as capacidades que estes já possuem e, ao mesmo tempo, promover a aquisição de outras competências que propiciem à criança oportunidades de desenvolvimento e de aprendizagem.

Os *apoios e recursos à família e à comunidade* incluem os recursos, formais e informais, presentes na família e na comunidade que são tidos como necessários para os pais organizarem a sua vida e terem disponibilidade para promoverem o desenvolvimento da sua criança (Dunst, 2000b).

Para Dunst, Trivette e Deal (1988), os componentes fundamentais de uma prática centrada na família são as necessidades e prioridades da família, o estilo de funcionamento da família (pontos fortes e capacidades) e os apoios e recursos da comunidade. Estes encontram-se interligados entre si e relacionam-se também com o comportamento de ajuda do profissional e com a forma como este responsabiliza a família, com vista à utilização de competências promotoras de oportunidades de aprendizagem para a criança e à procura de apoios que possam dar resposta às suas necessidades. A conjugação destes componentes com o envolvimento da família em todo o processo, bem como a ajuda e a colaboração dos profissionais de IPI, promoverão resultados positivos para a criança e para a família, nomeadamente no desenvolvimento da criança, na potencialização de competências comportamentais, no reforço das suas capacidades individuais e no bem-estar e na satisfação da família.

Toda a família é considerada como unidade de intervenção, não havendo um foco específico apenas na criança, tal como era preconizado num modelo mais clínico e que abordámos anteriormente. A criança está no centro do processo, assim como todas as pessoas da família. A intervenção por parte dos profissionais pretende dar resposta às necessidades da família, minimizando o stresse, contribuindo para o bom relacionamento entre todos os elementos da família que promova um bom funcionamento familiar.

Ao reconhecer os pontos fortes da criança e da família, estas são vistas como capazes. Os profissionais de IPI identificam com a família os seus pontos fortes para perceber a informação que esta possui, bem como as suas capacidades, e conhecer os recursos de que necessita ou já possui para poder responder às suas necessidades. Com o reconhecimento desses pontos fortes promove-se a autoestima e a autoconfiança da família, com vista à aquisição de mais conhecimentos e ao desenvolvimento de novas capacidades, num processo de capacitação, e à aquisição de uma maior autonomia sobre a sua dinâmica familiar. Com a identificação dos pontos fortes da criança e da família, pretende-se que esta se consciencialize que o foco da intervenção não são as dificuldades que apresentam, mas sim o suporte e a promoção de competências que contribuam para a melhoria do desenvolvimento da criança e para o fortalecimento do funcionamento familiar (Dunst, 2017).

Os profissionais de IPI devem conhecer e compreender os valores e princípios que estão na base das práticas centradas na família. Estas são também fruto da interiorização por parte dos profissionais de valores que respeitam e permitem a colaboração com a família (McBride & Brotherson, 1997). Este tipo de práticas é visto como uma forma sistemática de criar uma parceria entre os profissionais e a família, tratando-a com dignidade e respeito; honrar os seus valores e escolhas; proporcionar suporte que fortaleça e aumente o seu funcionamento enquanto família (Dunst, Trivette & Hamby, 2007).

A IPI é vista como eficaz quando: contribui para um acesso facilitado das famílias a serviços de que necessitam; fornece informação apropriada e atempada; contribui para um aumento da qualidade de serviços, recursos e apoios; se estabelecem relações mais adequadas entre os profissionais e as famílias; dá suporte emocional; contribui para o acesso a novos instrumentos, experiências e oportunidades; existe uma melhoria nos resultados da criança e na qualidade de vida das famílias (Pereira & Serrano, 2010; Dunst, 2017). Os profissionais devem procurar estabelecer uma relação de parceria com a família, permitindo uma colaboração conjunta e tornando os pais elementos ativos no desenvolvimento e na implementação de todo o processo de IPI (Carvalho et al., 2016).

O *empowerment*¹ e a promoção da capacitação são fatores essenciais no desenvolvimento do trabalho da IPI. *Empowerment*, traduzido de forma literal como fortalecimento ou seja, provocar mudanças físicas, emocionais, comportamentais noutra pessoa, dotando-a de ferramentas que permitam identificar necessidades e prioridades da sua vida (Santos, 2009). O *empowerment* prevê a partilha “em todos os níveis e por todas as pessoas da organização” (Kirkpatrick, 1993 citado por Santos, 2009). Na IPI, corresponsabilizar traduz-se na capacidade da família satisfazer necessidades e

¹ Foi nossa opção manter o termo original.

conseguir ter controlo sobre o seu funcionamento familiar. Capacitar prende-se com o fortalecimento das competências familiares, através de informação, colaboração e apoio às famílias na procura de estratégias para ultrapassar os problemas que encontra ao lidar com uma criança com NE, fortalecendo o funcionamento familiar (Dunst et al., 1988).

Os pais devem ser vistos como parceiros privilegiados e o seu saber deve ser respeitado e valorizado. O papel dos profissionais passa por responder a questões, pedir a opinião dos pais, partilhar saberes e respeitar as decisões da família. Desta forma, estão criadas as condições para ajudar a família a providenciar recursos e suportes necessários para esta ter tempo, energia, conhecimento e competências para dar à sua criança oportunidades e experiências de aprendizagem que contribuam positivamente para o seu desenvolvimento.

Na operacionalização das práticas centradas na família, de acordo com Dunst (2000a) e Carvalho et al. (2016), os profissionais devem promover uma ajuda eficaz através de três fatores:

- a qualidade técnica – o conjunto dos conhecimentos teóricos e práticos que o profissional possui dentro da área em que trabalha,

- as práticas relacionais – “incluem as características e as representações interpessoais do profissional que influenciam os aspetos relacionais do apoio.” (Carvalho et al., 2016, p.94),

- as práticas participativas – a forma como o profissional promove o envolvimento da família na tomada de decisão em todo o processo de intervenção da IPI e o seu envolvimento ativo na relação com os profissionais.

O profissional de IPI é um recurso e um apoio, enquanto elemento que dá ou ajuda a encontrar respostas de acordo com as prioridades da família. Pretende-se que toda a intervenção seja orientada pela própria família, de modo a respeitar o desenvolvimento da criança, com base nos aspetos do seu desenvolvimento que a família define e considera serem mais importantes. Ao conhecer as prioridades da família, o profissional poderá ajudar de forma mais incisiva durante as suas intervenções. Ajudar a família a identificar os objetivos da intervenção e fornecer-lhe toda a informação que permita a tomada de decisão contribui para a capacitação da família. É importante que o profissional tenha sempre presente que a criança e a família estão em constante mudança, o que implica que todo o processo de intervenção assenta num plano dinâmico e suscetível às mudanças das preocupações da família. É a esta que cabe tomar todas as decisões que podem afetar e influenciar as suas vidas.

Modelo de desenvolvimento sistêmico

O modelo de desenvolvimento sistêmico, desenvolvido por Guralnick, tem como objetivo perceber que mecanismos estão envolvidos na promoção do desenvolvimento, por parte das famílias, de crianças com dificuldades de desenvolvimento. Guralnick (2011, 2019) apresenta os fatores que podem ser considerados de risco ou de proteção e que funcionam em três níveis interrelacionados: as competências sociais e cognitivas da criança, os padrões de interação familiar e os recursos da família. Este modelo, para além de se focar no desenvolvimento da criança, centra-se também nas relações criadas entre pais, família alargada e outros cuidadores significativos na vida da criança e nos recursos que contribuem para o desenvolvimento de competências cognitivas e sociais da criança.

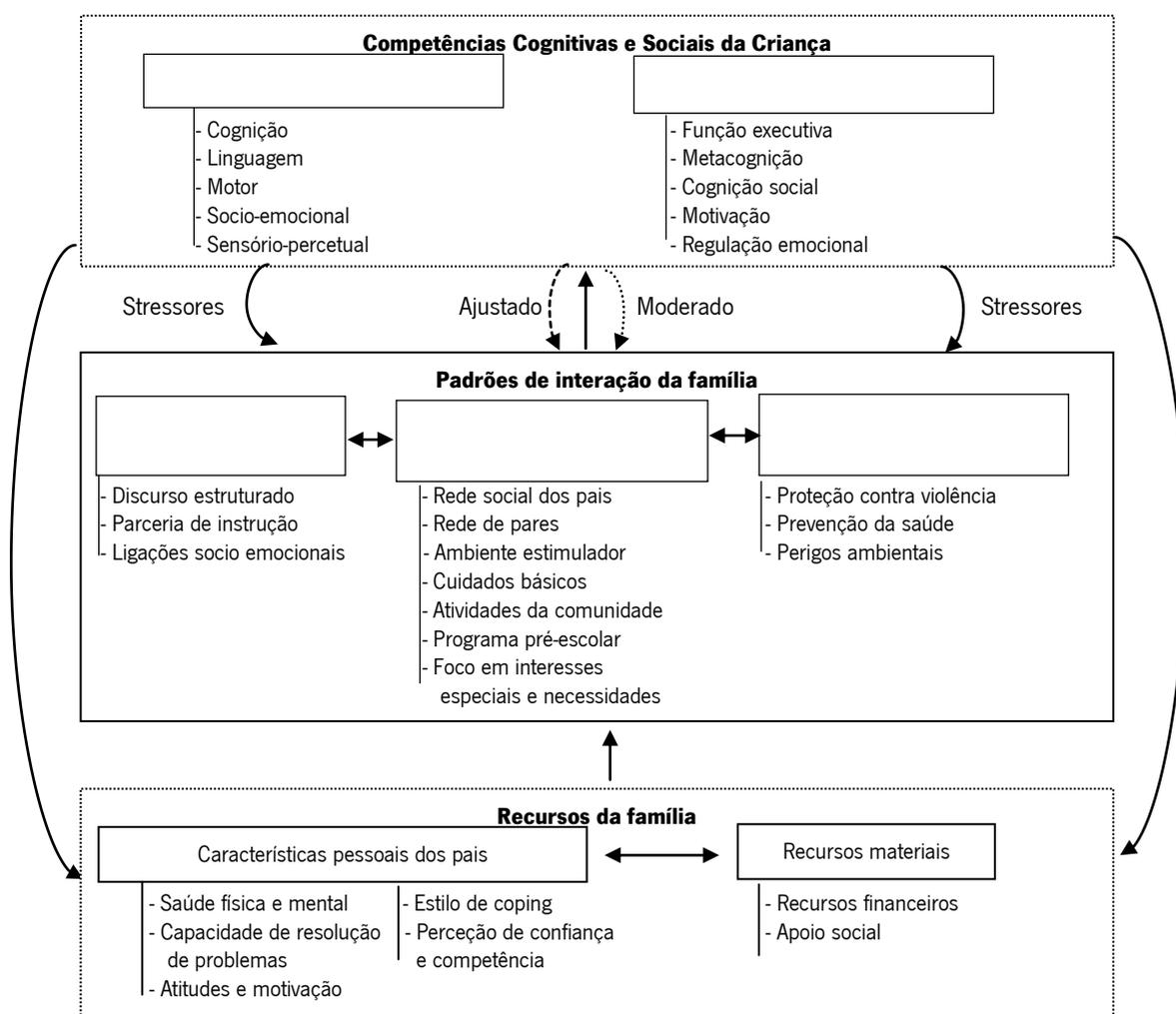


Figura 3 – Modelo de desenvolvimento sistêmico de Guralnick (2011)

Com o primeiro nível – *competências cognitivas e sociais da criança* -, Guralnick (2011, 2019) incide na forma como a criança utiliza a interligação dos seus recursos desenvolvimentais e os

processos organizacionais para aumentar as suas competências. Por recursos desenvolvimentais entende-se o conhecimento e as competências relacionados com os vários domínios de desenvolvimento da criança, que se encontram interrelacionados entre si. Esses recursos são estruturados e alcançados através dos processos organizacionais durante a realização de atividades desenvolvidas com objetivos bem definidos. Os cinco processos organizacionais, essenciais para a criança adquirir competências, são a função executiva, a metacognição, a cognição social, a motivação e a regulação emocional. Estes processos também se encontram interrelacionados, havendo mesmo componentes partilhados por mais do que um processo.

No segundo nível – *padrões de interação da família* -, Guralnick salienta a importância que os fatores ambientais têm no desenvolvimento da criança, sobretudo no que concerne à interação entre os elementos da família. Essa interação surge através de transações entre a criança e mãe/pai, onde existem processos relacionais que se vão desenvolvendo entre eles e permitem ir definindo o papel que cada um desempenha através de um discurso estruturado, de uma parceria de instrução e de ligações socio emocionais. As transações só ocorrem quando existe, uma verdadeira relação entre os indivíduos (Guralnick, 2017). A importância das interações está nas atitudes, nas capacidades e nos conhecimentos que os pais trazem para este processo, através da cooperação, da sincronia e da criação de um ambiente positivo, e que permite à criança adquirir conhecimento. Os fatores referidos nos três componentes deste segundo nível funcionam como fatores de risco ou de proteção e é neles que deve estar o foco do trabalho desenvolvido pela IPI.

O discurso estruturado ocorre sobretudo durante as rotinas e diz respeito ao processo de comunicação entre criança e pais que está em constante evolução. Ao ter acesso às transações com pessoas significativas para ela, a criança vai criando capacidades para também liderar essas transações através da aquisição de novas competências e do aumento de curiosidade sobre o mundo que a rodeia, num processo de parceria de instrução. Nesta fase o papel dos pais é o de organizar e criar andaimes para a criança, num ambiente agradável, à medida que ela se vai tornando mais independente para resolver os seus próprios problemas. A forma sensível, responsiva e afetiva como os pais constroem as ligações socio emocionais com a criança permite-lhe estabelecer uma vinculação segura. Por outro lado, as experiências que os pais facultam à criança fora do contexto da família, bem como a qualidade de cada uma delas, proporcionam-lhe o aumento do seu leque de conhecimentos com o seu envolvimento ativo na comunidade. Este componente contribui para a melhoria das transações entre pais e criança, ao mesmo tempo que a influencia através das mudanças a que tem acesso e que vão ocorrendo na comunidade.

Pais de crianças com dificuldades de desenvolvimento, na sua maioria, apresentam ferramentas eficazes para ajudar as crianças a adquirir novas competências, ajustando-se às características delas e dando-lhes o suporte necessário para se desenvolverem.

O terceiro nível, *recursos da família*, engloba as características pessoais dos pais – saúde física e mental, capacidade intelectual, atitude e motivação, estilos de *coping*, percepção de confiança e competência – e de recursos materiais – recursos financeiros e apoio social. Quando os pais utilizam as suas características de forma positiva, obtêm a estabilidade necessária para desenvolverem padrões de interação com a criança e tornarem-se auto eficazes no seu papel de pais. Os recursos a que têm acesso poderão influenciar as decisões a tomar e a direção dada à IPI. Esta torna-se mais eficaz quando proporciona recursos à família e contribui para a criação de padrões de interação com a criança. Incrementa também a criação de oportunidades, através da ajuda dada às famílias, para lidar com fatores de stresse e dá-lhes ferramentas para conseguirem ultrapassar ou minimizar as dificuldades com que se deparam.

Os profissionais de IPI devem, no seu trabalho com as famílias, observar e procurar conhecer o melhor possível as interações, o nível de desenvolvimento e a funcionalidade da criança para que os objetivos de trabalho possam ser orientados para a otimização dos padrões de interação entre criança e pais e para o desenvolvimento de atividades para a criança adquirir novas competências sociais e cognitivas. Na articulação com outros serviços, o profissional de IPI poderá perceber se há fatores de stresse não identificados pela família ou ter um melhor conhecimento dos fatores já identificados, criando um melhor nível de compreensão e permitindo-lhe adequar o seu trabalho. De acordo com Guralnick (2001), são quatro os fatores que potenciam o stresse da família: as necessidades de informação, o stresse interpessoal e familiar, as necessidades de recursos e as ameaças de confiança.

A família de uma criança com problemas de desenvolvimento tem de ajustar-se às características desta e adequar as suas próprias características às necessidades dela. Nesta fase a IPI pode contribuir para ajudar a família a criar padrões de interação de acordo com as características da criança e da família para que as competências sociais e cognitivas da criança sejam desenvolvidas no seu expoente máximo.

A IPI é tanto mais eficaz quanto mais os seus profissionais trabalham a par com cada família, de forma individualizada, delineando e organizando em conjunto os recursos, os apoios sociais, a informação e os serviços necessários para a família conseguir diminuir os seus padrões de stresse. Também os objetivos e as estratégias devem estar bem definidos para a família perceber como

funciona o desenvolvimento da criança e conseguir ter um impacto positivo nas suas competências sociais e cognitivas (Guralnick, 2001).

Segundo Guralnick (2001), os estudos que ao longo dos anos têm vindo a ser realizados nos Estados Unidos da América sobre IPI continuam a apresentar resultados favoráveis, independentemente das NE ou do tipo de risco que a criança apresenta. Apesar de existirem diversos quadros conceptuais, objetivos e formas de intervenção, as linhas orientadoras e os modelos teóricos em que se baseia a IPI dão consistência às diferentes práticas, havendo a sua divulgação e implementação noutros países, entre os quais se encontra Portugal.

1.4. Alguns estudos sobre Intervenção Precoce

O estudo desenvolvido por Fleming, Sawyer e Campbell (2011) pretendeu explorar as perspetivas de profissionais de IPI sobre práticas reais e ideais e compreender as diferenças entre as práticas que consideravam ideais e as que utilizavam. As investigadoras concluíram que os profissionais conseguiam descrever o serviço que prestavam, mas apresentavam dificuldade em justificar o seu objetivo e em embutir intervenções nas atividades e rotinas diárias das famílias. As dificuldades dos profissionais na implementação de práticas ideais foram atribuídas a fatores externos, sobretudo às famílias. Apresentaram também um conhecimento limitado acerca do seu papel na capacitação dos cuidadores com vista à promoção da participação e da aprendizagem das crianças nas atividades e rotinas. As investigadoras consideraram que, proporcionar formação aos profissionais, aumentaria o seu conhecimento para a implementação de práticas centradas nas evidências e, ao mesmo tempo, permitiria uma reflexão pessoal sobre a sua utilização e o feedback obtido. Desta forma, seria promovida a motivação dos profissionais com o intuito de aplicar e/ou melhorar o uso destas práticas.

Laranjeira (2012) desenvolveu um projeto de intervenção que constou da elaboração, implementação e avaliação de uma ação de formação para educadores de infância e ajudantes de ação educativa a trabalhar em instituições de educação com valência de creche. O seu objetivo foi aumentar os conhecimentos dos profissionais sobre IPI e sobre desenvolvimento infantil. Concluiu que a formação capacitou os profissionais, sobretudo ao nível da IPI, e permitiu o aumento de compreensão sobre o encaminhamento de crianças para o SNIPI e sobre o trabalho colaborativo a desenvolver com os profissionais deste serviço. Ao nível da identificação de crianças com problemas de desenvolvimento, foi perceptível que os profissionais demonstravam maior grau de confiança quando

existia um colega que observa também a criança, o que demonstrou a sua falta de segurança por falta de formação e de conhecimento sobre desenvolvimento infantil. A investigadora verificou a necessidade de um investimento na formação dos profissionais de educação sobre identificação precoce, IPI e desenvolvimento infantil, sobretudo para as ajudantes de ação educativa. Salienta-se também a referência à necessidade de desenvolvimento de ações de divulgação da IPI e de sensibilização da comunidade.

Fioravanço (2014), num estudo que pretendia caracterizar as práticas de IPI, especificamente o papel dos docentes nas ELI e as práticas implementadas nos diferentes contextos de atuação, concluiu que as práticas recomendadas são efetivamente conhecidas. No entanto, as 12 docentes e as 5 coordenadoras das ELI participantes no estudo apresentaram dificuldade na sua implementação sobretudo devido a lacunas na formação inicial e especializada.

Segundo Dunst (2017), num estudo sobre a aprendizagem de crianças relacionada com a participação em atividades e rotinas diárias do interesse dos pais ou de acordo com as suas capacidades, e que se centrou nas forças da família, concluiu-se que os benefícios se verificaram tanto nas crianças como nos pais. As crianças apresentaram comportamentos mais positivos no seu dia-a-dia e os pais sentiram que foram indiretamente responsáveis por mediar o comportamento devido a uma maior consciencialização das suas capacidades. Os pais, com o envolvimento das crianças nessas atividades, manifestaram maior confiança e bem-estar e mais competências.

Martins (2017) investigou a perceção de 569 profissionais de 78 ELI acerca dos fatores justificativos da discrepância entre práticas típicas e ideias em IPI. Concluiu que os fatores são sobretudo considerados extrínsecos e relacionam-se com: as características das famílias, no que diz respeito à sua capacidade de colaboração e à indisponibilidade para participar nas várias etapas do processo de intervenção, que proporciona o seu não envolvimento por parte dos profissionais; os profissionais dos contextos educativo, devido à relutância em terem uma participação ativa na intervenção e esperarem, da parte dos profissionais das ELI, um trabalho direto com as crianças, enquanto especialistas.

Simões (2018) analisou numa ELI a implementação das práticas centradas na família e procurou ainda conhecer a participação da família na intervenção e a sua satisfação quanto ao serviço. Concluiu que a maioria dos profissionais da ELI tem formação em IPI, que contribui numa maior facilidade de ação. A mudança de paradigma e a implementação de práticas centradas na família não tem sido fácil e existe ainda um longo percurso na adequação do novo papel dos profissionais. Por sua vez, as famílias sentiram ter uma participação ativa no processo, desde o programa de intervenção à

sua execução, com benefícios observados no desenvolvimento da criança. As famílias sentem que, sobretudo na área da linguagem, necessitam recorrer a outros serviços externos à ELI, devido ao elevado número de crianças com dificuldades nesta área de desenvolvimento que esta acompanha.

1.5. Intervenção Precoce e o processo de elegibilidade

No SNIPI, o processo inicia obrigatoriamente com a referenciação da criança para a ELI, isto é, com a comunicação e a formalização, em documento próprio, de situações de crianças que apresentam dificuldades de desenvolvimento ou fatores que colocam ou podem vir a colocar em risco o seu desenvolvimento (Carvalho et al., 2016). Para identificar se a criança vai ter acompanhamento ou ficar em vigilância pela ELI é necessário perceber se há critérios de elegibilidade da criança e da família para o SNIPI.

Em 2010, a Comissão de Coordenação do SNIPI definiu os critérios de elegibilidade que passaram desde então a ser utilizados como base ao encaminhamento de crianças e famílias o mais precocemente possível e à definição dos critérios para a intervenção ou a vigilância por parte da ELI, de forma uniforme a nível nacional:

➤ Risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo: qualquer alteração ou risco de alteração que possa de alguma forma limitar o desenvolvimento e a participação da criança, tendo por base os referenciais de desenvolvimento de acordo com a idade e o contexto social. Englobam-se neste critério as crianças com atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida, com alterações numa ou mais áreas de desenvolvimento, e as crianças com condições médicas diagnosticadas com uma etiologia conhecida como originária de apresentar resultados de atraso de desenvolvimento.

➤ Risco grave de atraso de desenvolvimento: a existência de condições biológicas, psicoafectivas e ambientais, nomeadamente parentais ou contextuais, que se podem tornar um obstáculo, com um aumento da probabilidade de atraso de desenvolvimento na criança.

São elegíveis para o SNIPI todas as crianças com risco de alteração ou alterações nas funções e estruturas do corpo e as crianças que apresentem pelo menos 4 fatores de risco grave de atraso de desenvolvimento. No entanto, está também previsto que crianças com menos de 4 fatores de risco biológico ou ambiental possam manter-se em vigilância, isto é, o seu desenvolvimento ser monitorizado regularmente pela ELI.

O processo para definir a elegibilidade da criança para a IPI é constituído por duas etapas: primeiros contactos e a avaliação. Assim, após receber uma referenciação, os elementos da ELI organizam os primeiros contactos com a família. Este primeiro encontro consiste num “conjunto de ações realizadas na primeira abordagem à família por parte dos profissionais da equipa após a referenciação aos serviços de intervenção precoce, onde se dá início à identificação das expetativas da família em relação à intervenção” (Carvalho et al., 2016, p. 114). Para este momento ter um impacto positivo na família, deve-lhe ser dado controlo sobre esta etapa da sua vida, através da possibilidade de decisão acerca do local onde o encontro irá decorrer.

As ações realizadas neste momento têm duas vertentes distintas: os profissionais perceberem as prioridades, expetativas e preocupações da família; a apresentação à família de informação acerca do serviço de IPI, isto é, o que é, para quem é, a constituição da equipa, a sua filosofia e metodologia. Ao mesmo tempo, é oferecida por parte dos profissionais ajuda imediata, dando espaço para a família colocar questões ou tirar dúvidas que tenha.

Dando continuidade ao processo de elegibilidade, e normalmente ainda durante os primeiros contactos, os pais tomam decisões acerca dos próximos passos e em conjunto com os profissionais planificam a avaliação, no caso de não haver nenhuma realizada anteriormente, e definem a informação que é necessário recolher para a decisão da elegibilidade da criança para a IPI. A família deve informar a ELI acerca de avaliações de desenvolvimento já realizadas ou de diagnósticos para que o processo de elegibilidade seja adequado a cada criança. Toda a recolha de informação e o porquê dessa recolha deve ser explicada à família.

A planificação da avaliação envolve diversos pontos:

- identificar o que a família pretende obter com a avaliação de forma a ir ao encontro das suas necessidades e preocupações;
- identificar com a família a hora, o dia, o local, as pessoas envolvidas e o papel que irão ter, tendo como ponto central as características e a rotina da criança e da família. Pretende-se que a criança esteja num contexto onde se sinta confortável e que promova a sua interação com as pessoas presentes e estas devem ser significativas para a criança e estar envolvidas no seu desenvolvimento;
- identificar áreas e atividades fortes da criança com o intuito de perceber de que forma a criança se irá sentir bem durante o momento da avaliação e mostrar ao máximo as suas capacidades e competências;

- definir o papel que a família irá ter na avaliação. A família deve ser informada dos diversos papéis que pode assumir;
- no caso de existirem avaliações anteriores, saber como correram e o que resultou ou que deverá ser alterado no momento de avaliação que se planifica;
- apresentar ou identificar com a família a metodologia de avaliação utilizada e a informação que será recolhida, partindo das suas expectativas;
- definir o(s) momento(s) de discussão dos resultados da avaliação. A família deve saber se o resultado é dado logo após a avaliação ou ocorrerá num momento posterior (Bailey & Wolery, 1992; Carvalho et al., 2016; Crais, 2003).

Após a realização deste levantamento, os profissionais irão adequar o instrumento a utilizar e podem ser realizadas avaliações formais, com a utilização de instrumentos de rastreio ou de avaliação, ou informais.

A avaliação deve ser vista como o processo de recolha de informação com o intuito de tomar decisões (Bailey & Wolery, 1992), neste caso específico permitir definir a elegibilidade para a IPI e dar informação à família sobre o desenvolvimento da criança identificando-se os pontos fortes e menos fortes (McWilliam, 2003). Esta etapa contribui também para se perceber se há outras áreas de desenvolvimento em que a criança tenha dificuldades e não tenham sido identificadas como preocupações da família. Ao realizar a avaliação à criança, será possível identificar as suas áreas fortes e as suas dificuldades, sempre com base nas expectativas e prioridades apresentadas previamente pela família. Pretende-se que a família possua toda a informação necessária para decidir quais são as suas prioridades em relação à sua criança. Desta forma possibilita posteriormente à família, em conjunto com os profissionais e no caso de a criança ser elegível para a IPI, delinear um plano de intervenção à medida das suas preocupações e prioridades.

É importante que a criança seja avaliada no seu contexto natural em situações da vida real, pois desta forma é possível observar, recolher e documentar o que ela faz e como o realiza, com o intuito de tomar decisões ao nível da elegibilidade e da intervenção. A informação necessária pode ser reunida através de vários processos e organizada de forma a apresentar uma visão compreensiva do desempenho da criança em situações reais, autênticas e significativas, ao longo do tempo (Bagnato, 2007; Brassard & Boehm, 2007). A avaliação pode incluir diversos profissionais e a família da criança, enquanto parceiro fundamental no desenrolar do processo. Os profissionais presentes na avaliação da criança devem estar atentos às questões que os pais possam colocar sobre o processo que estão a vivenciar com a sua criança, sobre os serviços disponíveis e as etapas para obter esses serviços.

Não existe um modelo ideal de envolvimento dos pais, nem todas as famílias têm a mesma posição face a esse envolvimento e têm o direito de decidir como será realizada a sua participação neste processo. É à família que cabe decidir qual o papel que terá na avaliação mas esta decisão não é estanque e pode ser ajustada no decorrer da avaliação. Os pais podem optar entre ter um papel mais ativo ou mais passivo, tal como o apresentado na figura 4. É importante que os profissionais apresentem aos pais todas as possibilidades que têm para que possam tomar uma decisão informada sobre o papel na avaliação.

Recetor	Os membros da família recebem da parte dos profissionais os resultados e a lista de recomendações. Não participam por decisão sua.
Observador	Os membros da família veem a avaliação ser conduzida por profissionais.
Informador	Os membros da família facultam informação sobre o historial médico e/ou de desenvolvimento da criança.
Que descreve	Os membros da família descrevem as características da criança, as suas atividades diárias e o que foi u não experimentado.
Intérprete	Os membros da família interpretam comportamentos e respostas dadas pela criança.
Quem valida	Os membros da família são consultados para validar o processo de avaliação e os resultados obtidos.

Figura 4 – Papéis da família na avaliação

(Adaptado de Carvalho et al., 2016, p.149)

A etapa da avaliação da criança é essencial no processo de elegibilidade. A forma como é vivenciada por pais e profissionais pode levar à criação do início de uma relação de confiança e à vivência de experiências positivas na IPI, mas pode também criar um sentimento de frustração que irá dificultar o trabalho conjunto. Por isso, as experiências para a família e a criança durante o momento da avaliação podem afetar a visão dos pais acerca da sua criança e das suas competências para ir ao encontro das necessidades da criança. Destes fatores advém a necessidade de repensar a avaliação da criança e trazer mudanças para esta etapa, no sentido de os pais estarem mais envolvidos e colaborarem mais ativamente nas atividades que as crianças realizam. Por parte dos profissionais deve existir abertura para a realização desta mudança, para uma participação mais ativa por parte dos pais, capacitando-os para a implementação das atividades, e para a valorização das competências dos pais para colocar na prática de uma forma não intrusiva com a criança essas atividades.

Continua a verificar-se no entanto que os profissionais de IPI em Portugal têm acesso a um número restrito de instrumentos de rastreio e de avaliação, o que poderá restringir a escolha do instrumento para que se vá ao encontro das preocupações e prioridades da família. Os profissionais podem assim sentir que se encontra dificultada a possibilidade de os pais serem “protagonistas em relação ao desenvolvimento dos seus filhos” (Della Barba, Rizzo & Serrano, 2015, p.24) com uma participação mais ativa durante a avaliação. Apesar de poder ser dada aos pais a possibilidade de decisão acerca do seu papel no momento da avaliação, observa-se que os profissionais mantêm na maioria das vezes o papel principal de dinamizadores, enquanto especialistas sobre desenvolvimento (Squires, 1996; Carvalho et al., 2016).

Não existindo consenso quanto ao instrumento de rastreio utilizado no momento de elegibilidade, a nível nacional, pressupõe-se que possa não haver uniformidade ao nível da oportunidade de uma criança e sua família acederem ao serviço de IPI, apesar da existência de critérios de elegibilidade definidos pela Comissão de Coordenação do SNIPI.

No nosso país, no que diz respeito aos instrumentos utilizados no momento da elegibilidade para a IPI, verifica-se que as ELI têm acesso a escassos instrumentos de rastreio e a alguns instrumentos de avaliação, não apenas de desenvolvimento global, mas também de áreas de desenvolvimento específicas. No entanto não há uniformidade quanto ao acesso e utilização desses instrumentos, implicando uma heterogeneidade no procedimento das ELI para definir os critérios de elegibilidade.

Para além deste fator, continua a verificar-se que as crianças continuam a ser referenciadas para o SNIPI tardiamente, continuando a ser maioritariamente as crianças em idade pré-escolar (3-6 anos) a ser acompanhadas pelas ELI. Apesar de os profissionais, que têm como função a identificação precoce, saberem a importância da IPI, continua a não se verificar um encaminhamento precoce e a inexistência de rastreios de desenvolvimento de forma generalizada.

2. DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

“Desenvolvimento é um termo que denota movimento, mudança ou crescimento - ação” (McWilliam, 2003, p. 73). Desenvolvimento é um contexto complexo e dinâmico (American Academy of Pediatrics, 2001; Castelo & Fernandes, 2009), ocorre progressivamente ao longo da vida de um indivíduo, através da aquisição de competências psicomotoras e comportamentais que permitem obter “autonomia pessoal, doméstica e social, com plena adaptação ao meio social e cultural em que vive”

(Oliveira, 2017, p. 213). Na perspectiva de Fowler (1975 citado por Peterson, 1988), a infância é o período do desenvolvimento humano que apresenta maior maleabilidade, mudanças mais rápidas e menor organização.

A forma como o desenvolvimento humano tem sido percebido tem sofrido alterações desde que começou a ser estudado. Durante o século XX, surgiram diversas teorias, cujo intuito era explicar o desenvolvimento, e que abordam diferentes perspectivas acerca do desenvolvimento da criança. As cinco perspectivas do desenvolvimento – psicanalítica, aprendizagem, cognitiva, etológica e contextual -, que apresentamos de seguida de forma sucinta, são resultado das teorias mais influentes nesta área.

A perspetiva psicanalítica engloba três teorias: psicosssexual de Freud, psicossocial de Erikson e relacional de Miller. No início do século XX, Freud começou a desenvolver esta perspectiva com a teoria psicosssexual, onde considerava que o comportamento humano se devia a instintos inconscientes da criança e que a sua personalidade se ajustava de acordo com as experiências que vivenciava. Nesta sequência, Erikson desenvolveu a teoria psicossocial, que modificou a do seu antecessor, e frisou a influência da sociedade no desenvolvimento da personalidade. Em 1991, a teoria relacional de Miller foca a importância das relações emocionais como base para o desenvolvimento da personalidade (Levine & Munsch, 2011; Papalia, Olds & Feldman, 2001, 2006).

A perspetiva da aprendizagem descreve o desenvolvimento enquanto resultado da experiência ou como forma de adaptação ao ambiente e inclui a teoria da aprendizagem tradicional ou behaviorismo/comportamentalismo de Watson e Skinner e a teoria da aprendizagem social (sociocognitiva) de Bandura. A teoria behaviorista coloca no ambiente a tónica do desenvolvimento do comportamento da criança, isto é, frisando a importância do ambiente para moldar o comportamento. Por seu lado, Bandura, com a teoria da aprendizagem social, considera que os comportamentos sociais são aprendidos pelas crianças através da observação e da imitação de pessoas significativas, de que são exemplo os pais (Levine & Munsch, 2011; Papalia et al., 2001, 2006).

A perspetiva cognitiva tem como base a teoria dos estádios cognitivos de Piaget e a teoria do processamento de informação e foca-se nos processamentos do pensamento e na forma como estes se manifestam no comportamento. Piaget, com a sua teoria dos estádios cognitivos, considerava que a criança vai organizando internamente padrões de comportamento para se adaptar ao ambiente como maneira de aprender e se desenvolver. A teoria do processamento de informação centra-se na observação e análise dos processos mentais que estão na base de determinados comportamentos (Levine & Munsch, 2011; Papalia et al., 2001, 2006).

A perspetiva etológica, baseada na teoria da vinculação de Bowlby e Ainsworth, enfatizou a relevância da adaptação dos comportamentos de cada indivíduo para a sobrevivência da espécie a que pertence (Levine & Munsch, 2011; Papalia et al., 2001, 2006).

A perspetiva contextual salienta a importância do ambiente como fator preponderante para o desenvolvimento da criança, enquanto seu elemento indissociável. A teoria sociocultural de Vygotsky foca como componente fundamental à aprendizagem e ao desenvolvimento da criança, a interação com as pessoas que lhe são mais significativas. Esta teoria é a que mais se assemelha à teoria de ecologia do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (Levine & Munsch, 2011; Papalia et al., 2001, 2006). Este investigador enfatizou as influências da família, da escola, do trabalho dos pais e da cultura que, em diferentes sociedades, vai originar a que comportamentos semelhantes tenham significados distintos, o que conseqüentemente proporcionará resultados diferentes em termos de desenvolvimento (Sameroff, 2010).

A importância dada quer à hereditariedade quer ao ambiente, e ao seu impacto no desenvolvimento, tem variado de acordo com as diferentes perspetivas abordadas. Novas teorias têm surgido e enfatizado a inter-relação entre o indivíduo e o contexto: a teoria unificada do desenvolvimento de Sameroff (2010) e o modelo do desenvolvimento sistémico de Guralnick (2011, 2019).

A teoria unificada do desenvolvimento engloba os modelos de mudança pessoal, contextual, regulador e representacional do desenvolvimento e coloca a sua ênfase na relação mútua entre elementos contrários que são criados juntos e permanecem ligados entre si (Sameroff, 2010).

Sameroff (2010), para contextualizar esta teoria do ponto de vista do desenvolvimento, baseiou-se em quatro modelos:

- o modelo da mudança pessoal - permite compreender o desenvolvimento das competências desde a infância.

- o modelo contextual – possibilita a identificação das fontes de experiências que permitem aumentar ou restringir o desenvolvimento.

- o modelo de regulação – engloba uma perspetiva dinâmica de inter-relação entre a pessoa e o contexto.

- o modelo representacional – as experiências que ocorrem num determinado tempo e espaço ficarão gravadas no pensamento de um indivíduo.

A combinação dos quatro modelos orienta a compreensão do processo que influencia o desenvolvimento humano. A figura 5 apresenta a composição dos componentes desta teoria.

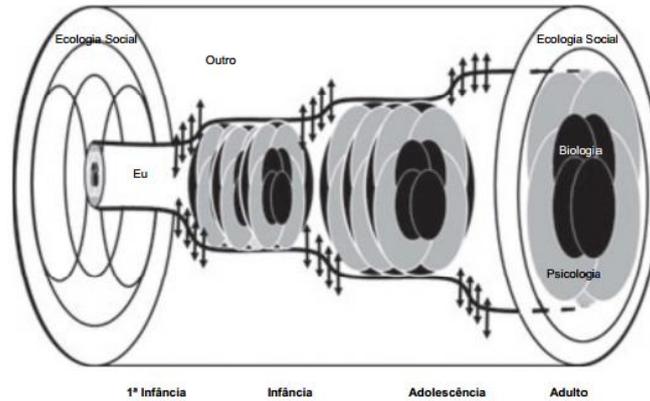


Figura 5 – Teoria unificada do desenvolvimento que inclui as mudanças pessoais, o contexto e os modelos de regulação (Sameroff, 2010)

O Eu é composto por um conjunto de processos biológicos (neurofisiologia e neuroendocrinologia) e psicológicos (inteligência, saúde mental, competência social e identidade) que interagem entre si, constituindo o Eu biopsicológico. Este estabelece relações com os diversos contextos sociais (família, escola, vizinhança, comunidade e influências geopolíticas). Na figura 5, as setas do Eu para o Outro identificam a evolução das competências da criança, enquanto as setas do Outro para o Eu se referem às influências do meio na criança, que vão implicar adaptações a cada contexto. As transições entre os diferentes períodos, que se referem à descontinuidade do desenvolvimento, demonstram etapas de grandes mudanças na criança e no contexto e originam uma necessidade de estabelecer novamente o equilíbrio entre eles (Sameroff, 2010).

O modelo do desenvolvimento sistêmico de Guralnick tem como objetivo compreender os mecanismos que estão envolvidos na promoção do desenvolvimento da criança, no contexto da IPI, para crianças vulneráveis e suas famílias (Guralnick, 2011). A sua atenção centra-se em três níveis - o desenvolvimento da criança, os padrões de interação da família e os recursos da família – que se inter-relacionam, cujas combinações vão proporcionando a formação de subsistemas cada vez mais complexos e criam processos de desenvolvimento ao longo do tempo (Guralnick, 2019). O primeiro nível, desenvolvimento da criança, corresponde à evolução das competências cognitivas e sociais que, ao longo do tempo, se vão tornando mais complexas. Estas competências dependem das transações estabelecidas entre os recursos desenvolvimentais (cognição, linguagem, motor, socioemocional e sensorio-percetual) e os processos organizacionais (função executiva, metacognição, cognição social, motivação e regulação emocional) (Guralnick, 2011, 2019). Os padrões de interação da família dizem respeito ao compromisso de participação dos pais na promoção do desenvolvimento das competências sociais e cognitivas da criança, que depende da quantidade ou intensidade com que ocorre. O terceiro

nível abrange os recursos da família que originam padrões de interação da família e contribuem para o desenvolvimento da criança (Guralnick, 2019).

Uma questão, abordada pelos investigadores, está relacionada com o impacto da hereditariedade e do ambiente diz respeito ao próprio papel da criança no seu desenvolvimento, que pode ser visto como passivo ou ativo. Esta dicotomia iniciou no século XVIII com os modelos mecanicista e organísmico do desenvolvimento (Levine & Munsch, 2011; Papalia, Olds & Feldman, 2001, 2006). A perspectiva de John Locke – modelo mecanicista - via a criança como uma tábua rasa, portanto com um papel passivo, que se desenvolvia como reação aos seus componentes internos e externos. O desenvolvimento era visto como contínuo, o que permitia, partindo dos comportamentos presentes, prever comportamentos futuros. Os teóricos deste modelo viam as mudanças como quantitativas. Estas refletiam-se na quantidade do que se media: altura, peso, vocabulário e frequência de comunicação.

Contrariamente, Jean Jacques Rousseau considerava que a criança tinha um papel ativo no seu desenvolvimento e iniciava os acontecimentos. Os teóricos do modelo organísmico, contemporâneos a Rousseau, viam o desenvolvimento como um conjunto de estádios diferenciados. Cada estágio tem como base o anterior e as suas mudanças são qualitativas, isto é, alterações no tipo, na estrutura e na organização: alterações motoras que permitem à criança evoluir da posição horizontal para a vertical, adquirir a capacidade de passar da comunicação não-verbal para a verbal e do pensamento concreto para o abstrato.

A importância do desenvolvimento nos primeiros anos de vida de uma criança revela-se crucial para a arquitetura do cérebro e para o seu funcionamento por cinco razões, especificadas pelo Center on the Developing Child at Harvard University (2016) e que passamos a especificar de seguida:

1. O desenvolvimento do cérebro inicia antes do nascimento e ocorre ao longo do tempo. As experiências têm uma influência nesse desenvolvimento e podem funcionar como uma base sólida ou frágil para a aprendizagem, a saúde e o comportamento que terá.

É, durante os primeiros três anos depois do nascimento, que são estabelecidos os principais padrões de aprendizagem e de comportamento que definem a forma como decorrerá o desenvolvimento posterior. Neste período, as experiências que a criança tem afetam a arquitetura do cérebro e podem fortalecer ou fragilizar a saúde, o comportamento e a aprendizagem, bem como o desenvolvimento cognitivo, emocional e social. As conexões, que vão sendo constituídas, são inicialmente mais simples e complexificam-se devido ao aumento da sua eficiência (Center on the Developing Child at Harvard University, 2007a).

Há, no entanto, algumas mudanças durante a infância que parecem estar diretamente relacionadas com a *maturação* do corpo e do cérebro, isto é, com padrões de alterações, associados à idade e geneticamente determinados, que predis põem a criança para a aquisição de novas competências (Cole & Cole, 1996; Papalia et al., 2006). Essas aquisições variam de acordo com a sua idade, mas são particularmente rápidas nos primeiros anos da infância (Gelman, 2008). Este período é fundamental para a arquitetura do cérebro, no entanto o desenvolvimento não termina nesta faixa etária, isto é, há competências que vão sendo adquiridas até à idade adulta, como é o caso de capacidades sociais, emocionais e cognitivas específicas (Center on the Developing Child at Harvard University, 2016).

2. O cérebro é influenciado pelas interações entre genes e as experiências ambientais, sobretudo as que são proporcionadas pelos principais cuidadores.

A *hereditariedade (nature)* é a herança genética recebida dos pais, que determina as capacidades biológicas da criança, e apresenta uma influência significativa no desenvolvimento humano (Center on the Developing Child at Harvard University, 2016; Cole & Cole, 1996; Papalia et al., 2001). O *ambiente (nurture)* é tudo o que é exterior ao indivíduo e depende dos estímulos da sociedade (Oliveira, 2017). Através das experiências proporcionadas à criança, pode produzir alterações químicas e alterar a sua herança genética, para além de influenciar o seu ambiente social, sobretudo em termos familiares e de comunidade: a família, o nível socioeconómico, a etnia e a cultura (Center on the Developing Child at Harvard University, 2016; Cole & Cole, 1996; Papalia et al., 2001).

A família é o sistema de suporte principal de uma criança e o principal contexto de desenvolvimento e de socialização (Levine & Munsch, 2011). Por norma, é constituída por dois núcleos diferentes: a família nuclear, tradicionalmente composta pelos pais e os filhos, e a família alargada, a rede familiar que inclui avós, tios, primos e familiares mais distantes. Segundo Le Vine (1988 citado por Cole & Cole, 1996), a família nuclear tem três objetivos principais: a sobrevivência (através da saúde e da segurança), a economia (a aquisição de capacidades e recursos que permitam à criança ser um adulto economicamente produtivo) e a cultura (a aquisição de valores básicos de cultura). A família alargada é constituída por elementos que podem proporcionar recursos para a criança e, desta forma, contribuir para a resolução de problemas e para a diminuição dos níveis de stresse.

O desenvolvimento humano baseia-se em transações que ocorrem de forma dinâmica entre hereditariedade e ambiente e podem ser independentes ou correlacionadas, e os seus efeitos variados (Deater-Deckard & Cahill, 2008; Shonkoff & Marshall, 2000). A importância dada a estes fatores e à sua influência no desenvolvimento da criança difere entre as teorias existentes, podendo ser dado

maior ou menor peso a cada um deles. Apesar disso, é já consensual entre os investigadores que, mais relevante do que saber qual tem maior impacto no desenvolvimento, é perceber a ação conjunta que hereditariedade e ambiente têm para influenciar o desenvolvimento.

3. Com a idade a plasticidade do cérebro diminui, o que implica que é mais fácil e eficaz influenciar o desenvolvimento da arquitetura do cérebro de um bebé do que fazer determinadas conexões na idade adulta.

A capacidade de adaptação do cérebro diminui com a idade, pelo que é mais fácil e eficaz influenciar o desenvolvimento da arquitetura do cérebro de um bebé do que promover a organização de novos circuitos durante a idade adulta (Center on the Developing Child at Harvard University, 2007a). Esta questão está relacionada com a *plasticidade do cérebro*, isto é, a capacidade do cérebro de alterar a sua forma e função como resposta a mudanças que ocorrem nele ou no ambiente, independentemente dos períodos de tempo específicos para o desenvolvimento de competências particulares, para alcançar um funcionamento máximo (Couperus & Nelson, 2008; Levine & Munsch, 2011). Esta habilidade do cérebro permite que células que originalmente estavam destinadas para uma determinada função possam ser utilizadas para outra função. Por exemplo, células que iam servir para o controlo de movimentos passam a ter como função a linguagem (Levine & Munsch, 2011). Ressalva-se então que o desenvolvimento do cérebro não se encontra predeterminado e é formado, desde o período pré-natal, tendo em conta a hereditariedade e o ambiente, e prolonga-se por toda a vida.

A arquitetura do cérebro, devido à sua plasticidade, consegue ser alterada de acordo com a capacidade de resiliência da criança e o acesso a experiências e a ambientes cuidadores. As alterações e adaptações são mais fáceis de verificar na criança do que no adulto, uma vez que conseguem ocorrer novas ligações entre axónios e dendrites que permitem substituir os neurónios que tinham sido afetados (Shonkoff & Marshall, 2000).

As capacidades que a criança terá não estão definidas no momento do nascimento, mas vão sendo construídas mediante as aprendizagens e as influências ambientais e apresentam grande variabilidade (Oliveira, 2017; Peterson, 1988). É esta a razão pela qual crianças com atrasos de desenvolvimento detetados precocemente conseguem melhorar o seu desenvolvimento e o seu percurso escolar. As conexões neuronais que se formam, como resultado das experiências da criança, vão-se consolidando com o passar do tempo, daí resultando uma maior dificuldade na sua modificação (Bricker et al., 2013).

Investigações desenvolvidas com crianças em idades precoces concluíram que existem *períodos de tempo críticos* em que são mais suscetíveis e responsivas a experiências de aprendizagem e que funcionam como janelas de oportunidade, para a transformação do sistema nervoso (Papalia et al., 2006; Peterson, 1988). Nesses períodos, há momentos em que têm de ocorrer acontecimentos biológicos ou ambientais específicos para que tenham o maior impacto possível no desenvolvimento (Cole & Cole, 1996; Papalia et al., 2001). O cérebro necessita, então, de estímulos específicos que lhe permitam criar ou consolidar estruturas necessárias à aquisição de novas capacidades e que perdurarão ao longo da sua vida. Os períodos críticos podem ter duração e extensão distintas.

4. O cérebro funciona de forma coordenada e interrelacionada e diferentes capacidades (cognitiva, emocional e social) encontram-se altamente interligadas.

Nos primeiros anos de vida, existe um rápido crescimento, mas também o desenvolvimento físico, cognitivo e socio emocional necessários para a criança se adaptar ao ambiente e que são a base para a aquisição de competências e de independência (Levine & Munsch, 2011; Papalia et al., 2006; Simeonsson, 2009). O desenvolvimento físico inclui mudanças biológicas do corpo e é visível no crescimento do corpo e do cérebro, na aquisição de capacidades sensoriais, motoras e de saúde. O desenvolvimento cognitivo abrange mudanças nas capacidades mentais (aprendizagem, pensamento, memória, linguagem e criatividade) com implicações na aquisição de conhecimento, na resolução de problemas e tomada de decisões. O desenvolvimento socio emocional centra-se na personalidade e nos relacionamentos sociais através do desenvolvimento de interações eficazes com os outros e da regulação das emoções. Os domínios do desenvolvimento, apesar de distintos, estão em permanente interação e influenciam-se mutuamente, principalmente nos primeiros anos de vida. Isto é, evoluções num domínio específico do desenvolvimento ocorrem devido a evoluções correspondentes noutros domínios do desenvolvimento (Guralnick, 2019).

5. O cérebro é afetado de forma negativa pelo stresse tóxico, o que condiciona o seu desenvolvimento.

A existência de fatores de stresse elevado durante o período gestacional traz consequências negativas a longo prazo. O cérebro pode ser modificado através de experiências negativas, como o stresse tóxico antes do nascimento que pode originar dificuldades neurológicas, ou positivas, como o acesso a ambientes ricos do ponto de vista da estimulação. Pelo contrário, as experiências positivas, como ser criado num ambiente enriquecedor, tem um impacto positivo a longo prazo. (Nelson, 2000).

O desenvolvimento e a aprendizagem da criança realizam-se devido às relações que estabelece com os seus contextos naturais. Quando estes são estimulantes, consistentes e promotores de

autonomia, a criança apresenta maior autoconfiança, sente-se mais capaz e mais curiosa em relação ao que a rodeia (Portugal, 2009).

2.1. Fatores de proteção e fatores de risco

Os primeiros anos de vida de uma criança, as experiências que tem e os ambientes onde ocorrem, formam a arquitetura do cérebro e afetam onde e quando se manifestam as instruções de desenvolvimento dos seus genes (Center on the Developing Child at Harvard University, 2017). Durante esse período, a criança pode ter acesso a relações e experiências que promovem ou condicionam o desenvolvimento, a aprendizagem e o comportamento. Uma criança pode ser vulnerável a um problema mas nunca manifestar dificuldades no desenvolvimento (Masten & Gewirtz, 2008), pelo que se conclui que as crianças reagem a situações adversas de formas distintas.

Quando os efeitos no desenvolvimento da criança são positivos, estamos perante fatores de proteção, que promovem a capacidade de resiliência. *Fatores de proteção* são mecanismos ou atributos mensuráveis de indivíduos, das suas relações ou contextos específicos associados a resultados ou desenvolvimento positivos perante situações de risco ou de adversidade e que contribuem para alterar, melhorar ou moderar a reação de um indivíduo perante situações de stresse, bem como a saúde e bem-estar do próprio e da sua família (Dunst, 1995; Levine & Munsch, 2011; Masten & Gewirtz, 2008; Werner, 2000). Existem três tipos de fatores de proteção (Dunst, 1995; Werner, 2000):

➤ fatores pessoais, como a inteligência, características positivas de temperamento (nível de atividade, sociabilidade, baixo nível de emoção), a autonomia, a capacidade de planeamento, o sentido de humor e a resiliência.

➤ fatores familiares, como a interação e as atitudes dos pais que aumentam a confiança, a autonomia e a iniciativa: vinculação, nível de escolaridade da mãe, competências da mãe.

➤ recursos ambientais, que englobam a estabilidade económica, o local de residência promotor de segurança, a rede da família alargada, de amigos, de vizinhos e de serviços.

Estes fatores determinam, para cada indivíduo, não só diferentes reações aos riscos biológicos ou ambientais, mas também o aparecimento de outros fatores de proteção ao longo da sua vida.

Abordaremos de seguida a importância da *resiliência*. Esta é a adaptação positiva que acontece perante situações de risco ou de adversidade e a perseverança, perante situações de stresse, sem a existência de consequências psicológicas negativas (Cole & Cole, 1996; Masten & Gewirtz, 2008).

As crianças que apresentam mais resiliência tiveram pelo menos uma pessoa que lhes providenciou períodos de atenção estáveis e apropriados durante os primeiros anos de vida. Por vezes essa atenção não provém do pai ou da mãe, mas sim de outros cuidadores, como avós ou irmãos. Este adulto significativo, para a criança, é aquele que oferece uma resposta e uma atenção personalizadas, fornece oportunidades de capacitação adaptativa e de proteção (Center on the Developing Child at Harvard University, 2015). A relação de suporte promove oportunidades para o desenvolvimento de competências que ajudarão a criança a fortalecer algumas capacidades importantes: lidar positivamente com mudanças e com situações adversas, planejar, monitorizar e regular o comportamento (Center on the Developing Child at Harvard University, 2015, 2016).

A resiliência resulta da interação entre as características individuais e dos ambientes e das experiências a que a criança acede. Nenhum destes fatores isoladamente produzirá um resultado positivo tão impactante como a sua atuação conjunta. É importante ter sempre presente que as capacidades que estão na base da resiliência podem ser desenvolvidas e reforçadas em qualquer idade.

Mas, se as experiências são negativas, os efeitos podem ter uma influência negativa no desenvolvimento, sendo denominados de fatores de risco. *Risco* é entendido como uma probabilidade elevada de um resultado negativo ou indesejado no futuro (Masten & Gewirtz, 2008). Por sua vez, *fatores de risco* são atributos mensuráveis de indivíduos, das suas relações ou contextos associados ao risco, que promovem o aparecimento de questões de comportamento, bem como a acentuação e aumento da duração e da frequência de problemas (Dunst, 1995; Masten & Gewirtz, 2008). Os efeitos negativos que ocorrem devido a fatores de risco colocam a criança numa situação de vulnerabilidade. De acordo com Masten e Gewirtz (2008), *vulnerabilidade* é a suscetibilidade a um resultado negativo específico perante situações de risco ou de adversidade.

Há crianças que, devido a fatores de risco biológicos e/ou ambientais, apresentam dificuldades ao nível do desenvolvimento. Como *risco biológico* entendemos os fatores de origem genética ou congénitos que podem trazer comprometimento ao desenvolvimento motor, sensorial e cognitivo e que implicam limitações na capacidade de ação da criança e de resposta ao ambiente. De acordo com Guralnick (2017), os fatores de risco biológico são prematuridade, baixo peso à nascença, exposição a drogas ou álcool durante a gestação, infeções pré e pós-natal, exposição a toxinas nos períodos peri e pós-natal. Para adquirirem novas competências, as crianças, expostas a este tipo de risco, por vezes necessitam de utilizar, de diferentes formas, as ferramentas de desenvolvimento a que têm acesso.

O *risco ambiental* é definido como a “ausência de oportunidades de desenvolvimento através do empobrecimento das interações da criança com o seu contexto e das experiências adequadas às necessidades e capacidades da criança em cada momento do seu desenvolvimento.” (Garbarino & Abramowitz, 1992 citado por Pessanha, Cadima, Nunes, Novais e Alves, 2009, p. 78). Os fatores de risco ambiental incluem falta de estimulação e de cuidados básicos e colocam as crianças em risco de vir a apresentar atraso de desenvolvimento. Nestes fatores englobam-se ambientes tristes, pouco responsivos e onde não existe muita atenção dada à criança; ambientes desorganizados e onde existem conflitos; pobreza; baixo nível do rendimento familiar; institucionalização; cuidados negligentes (saúde, educação, bem-estar) ou abusivos; depressão materna; pais dependentes de substâncias nocivas (droga, álcool); baixo nível de escolaridade da mãe; ausência do pai (Dunst, 1995; Masten & Gewirtz, 2008; Portugal, 2009).

Um dos fatores que tem influência no desenvolvimento da criança é o *stress*. Este é definido como algo que coloca grandes desafios na forma como se lida com determinadas situações (Levine & Munsch, 2011). Salvaguardamos que nem todo o stress tem um impacto negativo, principalmente quando é dado à criança, da parte de adultos significativos, o suporte necessário e saudável ao desenvolvimento de um sistema de resposta ao stress. Para além disso, existe ainda o stress que consegue ser antecipado e para o qual a criança pode ser preparada, do qual é exemplo o início de frequência de um contexto educativo ou o nascimento de um irmão. Mas experiências da própria criança ou acontecimentos no seu ambiente familiar ou noutros contextos significativos e que acontecem de forma frequente, persistente ou extrema, podem causar stress que se torna tóxico para a arquitetura do cérebro da criança que se encontra em desenvolvimento, e que pode ter um impacto duradouro e levar a questões disruptivas em termos comportamentais e fisiológicos (Center on the Developing Child at Harvard University, 2017; Levine & Munsch, 2011).

A existência de apenas um fator de risco pode ter um impacto mínimo no desenvolvimento da criança, o que não se verifica quando se conjuga um conjunto de fatores. Este é um processo de *acumulação de fatores*, isto é, a agregação de fatores de risco, que dificulta o desenvolvimento da criança, leva à acumulação de efeitos negativos e afeta o sistema de suporte da criança (Dunst, 1995; Guralnick, 2019). Podemos observar na figura 6 que, quanto maior o número de fatores de risco, maior a probabilidade de a criança vir a apresentar atraso de desenvolvimento ou problemas futuros, como alcoolismo, depressão ou diabetes.

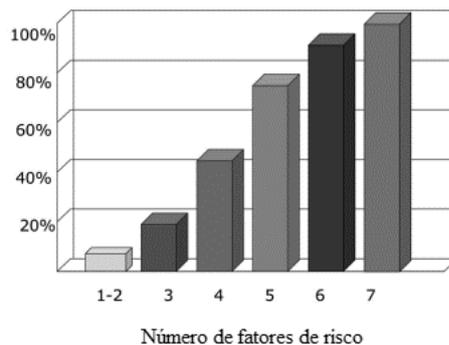


Figura 6 – Impacto da acumulação de fatores de risco nos primeiros três anos

(Center on the Developing Child at Harvard University, 2007b)

Crianças que apresentam mais do que um fator de risco necessitam de aceder a ambientes estimulantes e de suporte com vista à prevenção ou redução de possíveis dificuldades de desenvolvimento (Simeonsson, 2009).

Verifica-se que algumas crianças, apesar da exposição a fatores de risco ou sujeitas a experiências negativas, devido ao grau de resiliência que apresentam e à existência de interações seguras com pessoas significativas na sua vida, demonstram um desenvolvimento adequado (Masten & Gewirtz, 2008; Nelson, 2000). Reforça-se, desta forma, a existência de situações de risco que, devido a fatores de proteção, não apresentam um impacto tão negativo como o esperado no desenvolvimento da criança ou permitem diminuir o impacto dos fatores de risco na vida da criança. Fica assim salientada a importância da IPI no desenvolvimento da criança, do ponto de vista preventivo e proporcionador da melhoria do funcionamento familiar. Crianças que apresentam fatores de risco, principalmente quando existe acumulação desses fatores, devem ter acesso a uma intervenção o mais precoce possível e adequada em termos de intensidade, de incidência em múltiplas áreas de desenvolvimento e com a duração necessária à promoção de mudanças efetivas (Shonkoff & Philips, 2000). A IPI deve focar-se nos fatores de proteção da criança, como forma de aumentar a sua autoestima e as suas capacidades de resolução de problemas, bem como nas pessoas que lhe são significativas e que têm um papel preponderante no seu desenvolvimento.

Segundo o Center on the Developing Child at Harvard University (2007b), e de acordo com os princípios da neurociência, proporcionar condições positivas e de suporte para o desenvolvimento da criança tem efeitos mais eficazes e um impacto económico menor do que procurar atenuar, mais tarde, as consequências das adversidades precoces que a criança experienciou. A existência de um programa de deteção precoce de crianças com dificuldades de desenvolvimento ou em risco permite reduzir os custos necessários à realização de programas de remediação em idades mais avançadas e

cujos resultados terão um grau de eficácia menor. Mas, para as crianças e as famílias terem acesso à IPI, é necessário que exista uma identificação precoce dos problemas de desenvolvimento das crianças ou dos fatores que podem colocar em risco o seu desenvolvimento. A relevância e consequências da detecção destas crianças são conhecidas, no entanto continuam a existir dificuldades na sua operacionalização.

3. RASTREIO DE DESENVOLVIMENTO

O rastreio de desenvolvimento está diretamente relacionado com a identificação precoce, a avaliação de desenvolvimento e a vigilância de desenvolvimento ou monitorização, pelo que definiremos primeiro estes conceitos.

Por identificação precoce entendemos o conjunto de atividades associadas à detecção atempada de problemas de desenvolvimento nas crianças: metas do programa de identificação, consciência da comunidade acerca do programa e do desenvolvimento, contactos e encaminhamento, rastreio de desenvolvimento, monitorização do desenvolvimento e avaliação de desenvolvimento (Bricker et al., 2013).

A avaliação de desenvolvimento é um processo contínuo de observação e de análise sistemáticas com o qual se pretende ter um conhecimento aprofundado acerca das competências e dos recursos da criança e os ambientes de cuidado e de aprendizagem que contribuem para a criança atingir o seu potencial máximo de desenvolvimento (Greenspan & Meisels, 1996; Meisels & Atkins-Burnett, 1999).

Nos Estados Unidos da América, na década de 1990, foi constituído um grupo de profissionais e pais, o *Zero to Three Working Group on Developmental Assessment*. Este organizou uma lista de princípios que podem ser utilizados como guia de avaliação:

- a avaliação deve ser baseada num modelo de desenvolvimento integrado;
- a avaliação envolve múltiplas fontes de informação e vários componentes;
- uma avaliação deve seguir uma sequência pré-definida;
- o relacionamento e as interações da criança com o cuidador com quem tem maior confiança devem formar a base da avaliação;
- uma compreensão das sequências e cronogramas no desenvolvimento típico é essencial para a interpretação das diferenças de desenvolvimento nas crianças;

- a avaliação deve enfatizar a atenção no nível e padrão de organização da experiência da criança e nas suas capacidades funcionais, que representam uma integração de habilidades emocionais e cognitivas;

- o processo de avaliação deve identificar tanto as competências e os pontos fortes atuais na criança, como as competências que constituirão a progressão do desenvolvimento num modelo de desenvolvimento em contínua evolução;

- a avaliação é um processo colaborativo;

- o processo de avaliação deve ser sempre visto como primeira etapa dum processo de uma possível intervenção;

- a reavaliação do desenvolvimento de uma criança deve ocorrer no seu contexto natural (Greenspan & Meisels, 1996).

A avaliação pode assumir diferentes objetivos: rastreio, elegibilidade, avaliação da intervenção, monitorização do progresso e avaliação do programa (Bagnato, 2007; Bricker, Allen, Clifford, Pretti-Frontczak, Slentz & Squires, 2008). O rastreio permite, através da utilização de testes realizados de forma breve, determinar se as crianças estão a desenvolver-se de forma expectável para a sua faixa etária. Após o rastreio, e caso seja necessário, as crianças devem ser encaminhadas para os serviços de IPI ou outros que se considerem necessários, onde possam realizar uma avaliação, determinando se são elegíveis para esses serviços ou se se confirmam os problemas de desenvolvimento. A avaliação de intervenção pretende determinar os objetivos a trabalhar com a criança e com a família. A monitorização do progresso diz respeito à observação do progresso da criança após a intervenção e desenvolvimento dos objetivos definidos. A avaliação do programa refere-se à realização de comparações globais ao longo do tempo.

As avaliações de desenvolvimento realizadas por profissionais são dispendiosas, devido ao tempo e materiais necessários, e não são efetuadas em intervalos regulares, pelo que devem ser encontrados meios com o melhor custo-benefício para verificar o desenvolvimento de toda a população infantil de modo a identificar precocemente crianças com problemas de desenvolvimento.

O rastreio de desenvolvimento é um procedimento de avaliação realizado de forma rápida que permite detetar e identificar as crianças que apresentam problemas de desenvolvimento, as que se encontram em risco de vir a apresentar atraso de desenvolvimento, necessitando de uma avaliação formal, e as que têm um desenvolvimento adequado à sua faixa etária (American Academy of Pediatrics, 2001; Glascoe, 2005; Meisels, 1989).

A vigilância de desenvolvimento ou monitorização é um processo de verificação periódica do desenvolvimento das crianças, em consultas de rotina e ao longo do tempo, de forma a assegurar que continuam a evoluir e adquirem as competências previstas para a sua idade cronológica, sem recorrer a testes (Bricker et al., 2013; Oliveira, 2017).

Pretendemos debruçar-nos, de seguida, especificamente nos processos de identificação precoce, de rastreio de desenvolvimento e de vigilância de desenvolvimento.

3.1. Identificação precoce e rastreio de desenvolvimento

A identificação precoce de crianças deve existir para que se possa prevenir o aparecimento de dificuldades de desenvolvimento ou diminuir o impacto das dificuldades que as crianças, devido às suas condições biológicas ou ambientais, já possuem ou podem vir a apresentar. Assim, de acordo com Simeonsson (1994), existem três níveis de prevenção:

1) Prevenção primária - compreende ações que têm como objetivo reduzir a incidência de condições de excecionalidade na população através da identificação e redução de fatores de risco que produzem tais condições (Martinez, 2007). Este tipo de prevenção é assegurado por serviços de saúde, serviços sociais e serviços de educação, antes da existência de alterações, e visa ativar as condições mais adequadas ao desenvolvimento de todas as crianças.

2) Prevenção secundária - ocorre quando já foi constatada a situação de excecionalidade, procurando-se reduzir a duração e a severidade de um problema identificado. O foco desta prevenção é a redução da prevalência da condição de excecionalidade da população.

3) Prevenção terciária - procura reduzir sequelas das condições de excecionalidade das crianças ou dos efeitos associados a essas condições, quando as alterações já se encontram estabelecidas (Sameroff & Fiese, 2000).

A identificação de crianças com problemas de desenvolvimento é então de grande importância para se instituir uma intervenção adequada e atempada antes que as dificuldades interfiram de forma significativa nas suas vidas e nas das suas famílias. É importante, também, que se tenham em conta fatores de risco biológicos e ambientais que podem interferir com o desenvolvimento da criança.

Os resultados da prevenção ou intervenção, quando se realiza a deteção precoce de um problema de desenvolvimento numa criança, são significativamente superiores aos obtidos quando ocorrem mais tardiamente (Bricker et al., 2013).

A identificação precoce é essencial para se assegurar que todas as crianças têm a ajuda necessária para crescer e aprender. No entanto, verifica-se que muitas crianças não são identificadas precocemente devido à sutileza dos seus atrasos de desenvolvimento, isto é, estes não são significativos e ocorrem em crianças que aparentemente têm um desenvolvimento adequado à sua faixa etária. Para que esta identificação ocorra é necessário, e fundamental, rastrear de forma sistemática as crianças nas consultas de saúde infantil e nas consultas de pediatria, bem como nas creches e nos jardins de infância.

Considera-se, então, importante que cada país tenha um sistema adequado de rastreio de desenvolvimento para detetar precocemente crianças com NE ou em risco de vir a desenvolver problemas de desenvolvimento. Para se concretizar a criação e funcionamento de um sistema de rastreio, é fundamental que se forme uma rede local e regional onde esteja prevista uma colaboração efetiva entre as instituições e os profissionais. Desta forma, o rastreio seria realizado a todas as crianças, e não estaria a ser desenvolvido apenas nas consultas de saúde infantil ou de pediatria mas também englobaria, mais ativamente, os profissionais de educação nas creches e jardins de infância.

Seria essencial, para a implementação deste sistema, que fosse prevista a divulgação do rastreio e da sua importância junto das famílias. Um trabalho coordenado entre serviços de saúde, educação e serviços sociais tornar-se-ia a base dessa divulgação com o intuito de clarificar o objetivo e os benefícios de uma identificação precoce e para capacitar as famílias acerca dos serviços da comunidade que podem fornecer informações e dar resposta, no caso de ser necessário realizar um encaminhamento ou uma referência (Bricker et al., 2013).

Revela-se crucial que os profissionais dos serviços de saúde, serviços sociais e serviços de educação estejam atentos aos fatores que podem vir a gerar alterações no desenvolvimento das crianças, prestem atenção aos sinais de alerta e tenham em conta as informações e as preocupações dos pais. É, por isso, importante a identificação adequada do atraso de desenvolvimento o mais precocemente possível, a fim de se realizar o encaminhamento para a IPI ou implementar estratégias que visem estimular o máximo desenvolvimento de cada criança. Sem uma intervenção atempada, os problemas de desenvolvimento das crianças podem intensificar-se, o que os torna mais dispendiosos e difíceis de ultrapassar (Bricker et al., 2013).

Ao ser realizada uma identificação precoce, os profissionais criam a oportunidade de demonstrar às famílias as vantagens de um rastreio, bem como de divulgar os serviços de IPI.

Na área da saúde é ainda referida uma avaliação informal, a monitorização ou vigilância, que se caracteriza pela observação realizada nas consultas sem recorrer a instrumentos, em complemento

ao levantamento da história clínica e das preocupações dos pais sobre desenvolvimento e comportamento da criança (Oliveira, 2017).

A vigilância de desenvolvimento cabe primeiro aos profissionais de saúde e é importante que contemple vários passos: ouvir e estar atento às preocupações dos pais, fazer uma anamnese sobre o historial de desenvolvimento da criança, realizar observações precisas e informativas da criança, partilhar opiniões e preocupações com outros profissionais. Os pais contam com os médicos para lhes darem orientação sobre problemas no desenvolvimento e sobre as competências que a criança deve adquirir numa determinada faixa etária. A importância dos profissionais de saúde na identificação precoce e na vigilância do desenvolvimento é salientada no Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro, onde se ressalva a necessidade de “assegurar um sistema de interação entre a famílias e as instituições e, na primeira linha, as da saúde, de forma a que todos os casos sejam devidamente identificados e sinalizados tão rapidamente quanto possível” (p.7298).

Segundo Dworkin (1989), o rastreio de desenvolvimento é o processo de monitorização da população infantil que permite identificar as crianças que se encontram em risco de atraso de desenvolvimento. A importância do rastreio prende-se com a maleabilidade do desenvolvimento e com as manifestações que ocorrem ao longo do tempo e são detetadas em idades específicas (Glascoe, 2005).

Um rastreio de desenvolvimento implica a aplicação de testes a intervalos regulares, devido às rápidas mudanças ao nível do desenvolvimento que ocorrem nos primeiros anos (American Academy of Pediatrics, 2001; Squires, Twombly, Bricker & Potter, 2009), que podem abranger todos os domínios de desenvolvimento ou apenas um, dependendo do instrumento escolhido. O processo de rastreio deve ser eficiente, com boas qualidades psicométricas, tendo em conta o objetivo a que se destina. Os testes utilizados neste processo devem:

- ser apropriados para diversas populações;
- rastrear um grande número de crianças;
- ser de fácil e breve aplicação e de fácil interpretação, isto é, o seu preenchimento deve ser realizado num espaço de cerca de 15 minutos e as suas instruções devem ser cumpridas por profissionais ou pais, sem necessidade de muita orientação ou treino;
- ter referência à norma e cotação objetiva, pelo que é um procedimento formal que fornece informação estandardizada sobre as competências de desenvolvimento da criança e as compara em relação à norma;

- ser económicos, sem necessidade de investir um valor elevado para rastrear um grande grupo de crianças, e tendo em conta que quanto menor o tempo despendido no rastreio menor será o seu custo;
- abranger todas as áreas de desenvolvimento ou uma área específica;
- ter fiabilidade e validade para a população a que se destinam de forma a identificar as crianças com potenciais problemas que devem ser encaminhadas para avaliação de desenvolvimento (Bricker et al., 2013; Dworkin, 1989; Division for Early Childhood, 2007; Meisels, 1989; Meisels & Atkins-Burnett, 2008; Oliveira, 2017; Squires et al., 2009).

Os pontos de corte dos instrumentos devem estar bem identificados de maneira a permitir definir os resultados positivos e negativos. É importante que o instrumento utilizado durante o rastreio não seja o mesmo utilizado no momento de avaliação formal da criança, uma vez que os seus objetivos são diferentes.

A maioria dos atrasos de desenvolvimento severos são muitas vezes identificados através das preocupações apresentadas pelos pais ao médico de família, ou ao pediatra da criança, ou pela identificação de dificuldades durante uma consulta de saúde infantil ou de pediatria (Dworkin, 1989). Como o rastreio de desenvolvimento pressupõe a identificação de problemas de desenvolvimento mais subtis, e que de outra forma não seriam detetados, crianças com atrasos de desenvolvimento já diagnosticados ou com fatores estabelecidos normalmente não devem ser rastreadas, pois o resultado do rastreio irá determinar a necessidade de realizar avaliação de desenvolvimento.

O rastreio não deve ser realizado apenas uma vez à mesma criança, sendo então necessário realizar rastreios periódicos para detetar problemas de desenvolvimento à medida que ela cresce e se desenvolve. Por isso, detetar precocemente problemas de desenvolvimento é visto como um desafio. Estes problemas são mais facilmente detetados por médicos e pais quando a criança tem outros fatores de risco associados, quando existem condições de saúde que podem estar associadas a atrasos de desenvolvimento ou quando a criança manifesta atraso de desenvolvimento no momento da observação. No entanto, os profissionais de educação têm também um papel preponderante na identificação de problemas de desenvolvimento.

Um atraso numa área de desenvolvimento torna-se evidente em idades específicas em que é esperado que a criança tenha adquirido determinada competência. Reconhecer atrasos de desenvolvimento requer um conhecimento aprofundado da idade de aquisição das competências, bem como de desenvolvimento típico.

A Eurllyaid², após estudo realizado em vários países da comunidade europeia, apresentou um conjunto de recomendações gerais e considerou essencial o apoio, o mais precocemente possível, às crianças com problemas de desenvolvimento, assegurando-se um processo contínuo (Carpenter, Schloesser & Egerton, 2009). Este apoio é um fator preventivo de grande importância quer para a criança quer para a família. Pode ser dado nos três níveis de prevenção: primária, ao precaver a ocorrência de dificuldades na criança; secundária, minimizando as dificuldades das crianças com o intuito de as eliminar; terciária, ao melhorar as dificuldades já adquiridas das crianças e promover a sua diminuição (Bairrão, 2006).

O rastreio de desenvolvimento deve permitir conhecer o progresso de desenvolvimento das crianças, determinando as etapas posteriores, num momento em que podem ser tomadas medidas que irão ter um impacto significativo nas suas vidas. A longo prazo, o rastreio é uma forma de garantir o sucesso das crianças na escola e na vida, devendo ser visto como prioridade. A sua realização regular permite monitorizar o desenvolvimento das crianças e promover a capacitação dos pais no âmbito de comportamentos positivos que contribuem para a aquisição de novas competências na criança, pretendendo melhorar futuros problemas (Bricker et al., 2013).

Existem dois tipos de rastreio que podem ser desenvolvidos: um preenchido pelos pais e que inclui as suas preocupações, as competências de desenvolvimento da criança e os fatores de risco e de proteção; e outro preenchido pelos profissionais, sendo necessária formação para avaliar a criança, através da observação das suas competências, e onde pode também constar alguma informação recolhida junto das famílias. As vantagens de um instrumento de rastreio preenchido pelos pais são: ser económico; o seu preenchimento ser breve; os pais podem preencher sozinhos ou com o auxílio de profissionais, para aqueles que têm baixo nível de literacia ou barreiras linguísticas; quando respondem às questões, os pais aprendem sobre desenvolvimento e tornam-se elementos ativos no rastreio e na aquisição de competências da sua criança (Pinto-Martin et al., 2005).

A American Academy of Pediatrics (2005 citado por Pizur-Barnekow, Erickson, Johnston, Bass, Lucinski, & Bleuel, 2010) delimitou 5 recomendações para a comunicação de resultados de rastreio de desenvolvimento a pais:

- 1 - o profissional deve explicar os benefícios do rastreio aos pais, informando-os também do encaminhamento necessário, caso se confirmem as dificuldades de desenvolvimento após a avaliação.

² Eurllyaid constitui-se como um grupo de trabalho, fundado em 1988, formado por pessoas de diversos países da Europa ligadas à Intervenção Precoce (investigadores, pais e profissionais) e pretende criar legislação e linhas orientadoras comuns que assegurem o melhor atendimento possível a todas as crianças com NE dos seus estados membros.

- 2 - o profissional deve explicar os potenciais riscos associados ao rastreio, pois o resultado pode ser um falso positivo ou a avaliação não indicar atraso de desenvolvimento. Mostrar-se disponível para tirar dúvidas sobre o rastreio ou dar suporte aos pais, é fundamental da parte dos profissionais.
- 3 – o profissional deve descrever a forma como os pais terão acesso aos resultados do rastreio.
- 4 – o profissional deve explicar a importância da avaliação de desenvolvimento, após um resultado de rastreio positivo, e orientar a família para os serviços apropriados.
- 5 – os pais devem ser informados da existência de um custo associado ao rastreio, quando tal se verifica.

O rastreio de desenvolvimento permite a verificação da necessidade de uma avaliação como meio identificador de potenciais dificuldades que podem necessitar de intervenção, com um consequente encaminhamento para os serviços que se considerem necessários (Meisels & Atkins-Burnett, 2008). O rastreio de desenvolvimento não permite realizar diagnósticos, indica a possível presença de atraso de desenvolvimento, sem no entanto identificar a natureza ou extensão do atraso. Para esse efeito, deverá, posteriormente, ser realizada uma avaliação de desenvolvimento que indique quais as áreas em que a criança apresenta maiores dificuldades, assim como as suas áreas fortes (Bricker et al., 2013).

3.2. Limitações e vantagens dos instrumentos de rastreio

Qualquer instrumento utilizado para rastrear a criança apresenta as capacidades e competências desta num momento específico, dando pouca informação acerca do seu potencial na aquisição de novas capacidades e como facilitar a sua aprendizagem.

Considera-se que a utilização de instrumentos formais de rastreio de desenvolvimento aumenta, exponencialmente, a deteção precoce de problemas de desenvolvimento nas crianças. Estes instrumentos apresentam limitações e vantagens na sua utilização, as quais passaremos de seguida a apresentar.

As crianças estão em constante desenvolvimento e, apesar de estarem identificadas competências e as idades-chave em que estas são adquiridas, a idade da realização dessas aquisições não é estanque. Por este motivo, é importante que, para detetar precocemente dificuldades de desenvolvimento numa criança, não seja utilizado, única e exclusivamente, um teste de rastreio. Este

deve ser complementado com uma série de informações recolhidas junto dos pais e, também, através da observação feita à criança pelo profissional de saúde.

Os profissionais de saúde identificam o reduzido tempo de consulta, a indisponibilidade de material para rastrear as crianças, a formação insuficiente e a pouca experiência na utilização de instrumentos de rastreio, e mesmo o desconhecimento de critérios de referenciação para o SNIPI, como as maiores dificuldades sentidas ao nível da vigilância de desenvolvimento (Maia, Fernandes, Leite, Santos, & Pereira, 2016; Pinto-Martin et al., 2005).

A administração de instrumentos de rastreio poderá ser complicada, dado que existem alguns necessitam da utilização de material específico e a necessidade de observar diretamente a criança a realizar determinada atividade. Um fator necessário na escolha do instrumento de rastreio a utilizar prende-se, então, com os custos da sua utilização, visto que os profissionais têm de ter em conta o custo da implementação do rastreio, do material e da sua aplicação. Assim, o custo do rastreio deve ser realizado com base no número de crianças que dele irão usufruir.

O resultado de um rastreio especifica um determinado momento do desenvolvimento da criança e há fatores que podem influenciar a sua aplicação, para além de que podem existir resultados de falsos positivos ou falsos negativos. Um obstáculo sentido é o receio de um resultado que pressupõe necessidade de avaliação, principalmente quando os profissionais já criaram uma relação com as famílias. Nesta sequência, consideram que um encaminhamento devido a um resultado falso positivo cria stresse e ansiedade desnecessários à família (Pinto-Martin et al., 2005). Outra questão importante a ressaltar é a de que os profissionais devem ter bem estabelecido o que é considerado desenvolvimento normal ou dificuldades de desenvolvimento para que possam dar segurança aos pais e/ou realizar os encaminhamentos necessários.

Para alguns profissionais de educação, a utilização de instrumentos formais pode ser vista como uma exigência precoce de competências de processamento de informação feita à criança, conhecimentos que ela pode não ter ainda adquirido, e condicionar, deste modo, a perceção dos profissionais e dos pais acerca das capacidades observadas face aos resultados do rastreio (Brassard & Boehm, 2007). Os objetivos da realização de um rastreio devem estar bem definidos para os profissionais de forma a que a utilização dos instrumentos promova uma melhoria da qualidade da educação prestada às crianças (NAYEC, 2003 in Brassard & Boehm, 2007).

O nível de escolaridade dos pais poderá constituir uma barreira à utilização de instrumentos de rastreio pelas famílias, dificultando-se, assim, a leitura ou perceção das questões realizadas (Brassard & Boehm, 2007). No entanto, estudos desenvolvidos nesta área comprovaram que pais e cuidadores

conseguem apresentar informações precisas e confiáveis acerca do desenvolvimento das suas crianças, independentemente das suas habilitações, do nível socioeconómico e da área geográfica onde residem (American Academy of Pediatrics, 2001; Glascoe, 2003). Quando existem dificuldades, por parte dos pais, na interpretação das questões do instrumento, o problema é facilmente ultrapassável com a colaboração de alguém que possa ajudá-los a perceber o que lhes está a ser questionado sobre a sua criança. Assim, os pais podem tornar-se participantes ativos do rastreio e os profissionais mostram respeito pelo seu conhecimento sobre a sua criança (American Academy of Pediatrics, 2001).

A forma como é aplicada o instrumento, do ponto de vista das crianças, pode condicionar as suas respostas, isto é, se o rastreio é realizado por um profissional ou num local desconhecidos, os resultados obtidos podem não corresponder às capacidades da criança, que poderá mostrar-se ansiosa ou não estar suficientemente confortável para demonstrar os seus conhecimentos. Nestes casos, a observação da criança não ocorre num contexto natural, onde esta se sentiria mais à vontade.

Os instrumentos de rastreio apresentam uma habilitação limitada no que diz respeito à predição do funcionamento futuro da criança, ou seja, apesar de a criança, numa determinada idade, poder apresentar atraso numa área específica de desenvolvimento, não é possível prever como a criança se desenvolverá (American Academy of Pediatrics, 2001; Direção-Geral de Saúde, 2013). Este motivo salienta a importância da existência de diversos momentos de rastreio em idades-chave do desenvolvimento da criança.

Os instrumentos de rastreio são testes considerados válidos e fiáveis como avaliadores de diversas áreas de desenvolvimento ou uma área específica de desenvolvimento. Apresentam normas explícitas e são considerados uma forma eficiente de monitorizar o desenvolvimento.

Todos os instrumentos de rastreio, para se tornarem válidos, são sujeitos a extensas investigações de validade, fiabilidade e precisão, sendo estandardizados para crianças e famílias que representam a diversidade da população, do ponto de vista cultural, linguístico e económico, no intuito de serem considerados o mais precisos possível. Estes instrumentos servem como “padrão de referência à normalidade” (Direção-Geral de Saúde, 2013, p.53). Por instrumentos estandardizados entendemos aqueles que permitem, a todas as crianças a quem são aplicados, aceder à mesma experiência, realizar as mesmas tarefas com o mesmo conjunto de materiais, receber a mesma quantidade de assistência da parte do avaliador e são avaliadas de acordo com um conjunto definido de critérios (Bailey & Nabors, 1996).

Os instrumentos por referência à norma dão informação sobre como a criança se está a desenvolver em relação a um grupo de crianças da mesma idade. Este tipo de instrumentos tem como vantagens: a comparação realizada com crianças da mesma idade, proporcionar informação válida e fidedigna e ser administrado num curto espaço de tempo. As suas desvantagens prendem-se com o espaço onde é efetuado pois ocorrem, normalmente, em locais não familiares à criança, faltando informação para a determinação dos resultados apropriados e funcionais.

As avaliações normativas fornecem informação acerca do nível de desenvolvimento da criança num determinado momento, sem, no entanto, especificar o potencial e a forma como a criança adquire novas competências. Os testes estandardizados são apropriados para serem utilizados na elegibilidade da criança para a IPI, no entanto não fornecem informação acerca de estratégias de intervenção (McWilliam, 2003). Estes instrumentos contribuem para a orientação guiada dos pais feita pelos profissionais na promoção do desenvolvimento das suas crianças, assim como os ajuda a aumentar a sua confiança e incentiva a apresentarem as suas dúvidas e preocupações.

São considerados bons testes de rastreio aqueles que apresentam um grau de sensibilidade e especificidade de 70 a 80% devido à natureza e complexidade da continuidade do processo de medida do desenvolvimento da criança (American Academy of Pediatrics, 2001).

Uma das vantagens da utilização de instrumentos de rastreio diz respeito à monitorização do desenvolvimento infantil ao longo do tempo e à partilha de resultados e de atividades que promovem o desenvolvimento da criança junto dos pais. Quando são utilizados pelos médicos de família e pediatras, permitem-lhes recordar a importância das várias etapas do desenvolvimento e ajuda-os a identificar crianças com problemas de desenvolvimento.

As preocupações das famílias são preditores de atraso de desenvolvimento. Os instrumentos de rastreio que se baseiam no relato dos pais têm apresentado resultados positivos nas populações económica e culturalmente diversas, sendo dada informação precisa sobre o desenvolvimento da criança (Glascoe, 2000; American Academy of Pediatrics, 2001).

Os instrumentos de rastreio que podem ser respondidos pelos pais, ou outros prestadores de cuidados, podem substituir outros testes de rastreio, pois não implicam a presença de profissionais durante o seu preenchimento, apesar de deverem ser estes a apresentar e a interpretar os resultados.

Deve ser tomada em linha de conta que este tipo de instrumentos pode levar a uma sub ou sobredeteção de crianças. Por esse motivo, o rastreio deve ser realizado periodicamente, implicando que uma criança não detetada num primeiro rastreio o possa ser noutra posterior, caso apresente

algum problema de desenvolvimento. Surge assim a importância de o rastreio às crianças ser realizado em mais do que um momento.

Com o intuito de detetar precocemente problemas de desenvolvimento, o instrumento de rastreio deve abranger todas as áreas de desenvolvimento, e não focar-se apenas numa área específica, no sentido de se obter um conhecimento mais abrangente do desenvolvimento das crianças.

Assim, e de acordo com Bricker et al. (2013), um instrumento de rastreio deve avaliar áreas de desenvolvimento de forma rápida, sustentar a necessidade de referência para a IPI, determinar a necessidade de uma avaliação de desenvolvimento, permitir a monitorização do desenvolvimento de forma periódica e detetar crianças em risco. A realização de diagnósticos, a tomada de decisões acerca da intervenção e a monitorização do desenvolvimento das crianças de forma aprofundada não são considerados objetivos dos instrumentos de rastreio.

3.3. Instrumentos de rastreio utilizados em Portugal

Os instrumentos de rastreio que têm surgido nos últimos anos baseiam-se em informação parental sobre a criança, cabendo aos profissionais de saúde e de educação a monitorização dos resultados com intervenções efetivas.

Em Portugal, verifica-se uma carência de instrumentos de rastreio de desenvolvimento acessíveis aos profissionais e, os que existem, não estão aferidos para a população infantil. Quer isto dizer que existem alguns instrumentos utilizados de forma generalizada para rastrear as crianças, no entanto estes não apresentam uma validação psicométrica. É necessário que, para a utilização destes instrumentos, os profissionais possuam formação específica para a sua utilização e interpretação.

Os instrumentos de rastreio mais utilizados no nosso país são a *Schedule of Growing Skills II* (SGS II) e a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan.

O objetivo da SGS II é a sua utilização como instrumento de rastreio nos programas de vigilância da saúde infantil, tendo sido desenhado para rastrear o desenvolvimento de forma precisa e fiável (Bellman, Lingam & Aukett, 2003). Em Portugal é utilizada sobretudo pelas ELI e nas consultas de desenvolvimento.

Este instrumento permite realizar um rastreio com resultados quantitativos do desenvolvimento da criança, servindo como teste de deteção precoce (Bellman et al., 2003). Os profissionais que

utilizam esta escala podem monitorizar o desenvolvimento da criança em intervalos de tempo regulares.

A SGS II, designada em português como Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil, foi publicada pela primeira vez em 1987 por Martin Bellman e John Cash. Em 1996 foi revista por Martin Bellman, Sundara Lingam e Anne Aukett, dando origem à SGS II. A versão portuguesa deste instrumento foi publicada em 2003, tendo sido reeditada em 2012, sem no entanto haver avaliação das qualidades psicométricas para a população infantil portuguesa.

Este instrumento rastreia crianças entre os 0 e os 6 anos de idade, nos intervalos de idade: 0, 1, 3, 6, 9, 10, 12, 15, 18, 24, 30, 36, 48, 60 meses. A sua aplicação demora cerca de 30 minutos e deverá ser realizada por profissionais. A SGS II permite a colaboração dos pais, podendo estes orientar a criança durante a realização das tarefas, sob indicação do profissional.

A SGS II apresenta informação sobre o desenvolvimento da criança nas áreas de: controlo postural passivo, controlo postural ativo, competências locomotoras, competências manipulativas, competências visuais, audição e linguagem, fala e linguagem, interação social, autonomia pessoal, complementadas pela área da cognição. O rastreio é realizado atribuindo uma pontuação a cada item desempenhado pela criança. Com este instrumento verifica-se, ainda, a qualidade do desempenho da criança na realização de uma tarefa, podendo implicar que, apesar de a criança ter sucesso na realização da tarefa, o seu desempenho não é o esperado, tratando-se, assim, de uma competência emergente.

Os resultados totais da avaliação, após a cotação, são transpostos para uma folha de perfil de desenvolvimento que é facilmente compreendida, identificando as áreas de maior e de menor realização da criança sob a forma de um gráfico.

Afonso (2014) realizou um estudo quantitativo onde um dos objetivos foi avaliar as capacidades psicométricas da SGS II, tendo sido utilizada uma amostra de 364 crianças portuguesas da zona norte de Portugal. A investigadora concluiu que os resultados da versão portuguesa deste instrumento foram confiáveis e apresentaram coeficientes de consistência adequados e excelentes quando comparados com a versão original. Mediante os resultados obtidos, a SGS II é um instrumento de rastreio que pode ser utilizado por profissionais de educação e de saúde na deteção precoce de problemas de desenvolvimento nas crianças. No entanto, verifica-se que, não obstante os resultados obtidos, a SGS II continua a não estar aferida para a população infantil, uma vez que o estudo não apresenta uma amostra efetiva a nível nacional.

Em Portugal, nas consultas de saúde infantil e de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Direção-Geral de Saúde, 2013), é aplicada em idades-chave a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan.

Esta escala foi desenvolvida por Mary Sheridan com o objetivo de incrementar um instrumento de rastreio necessário na área da pediatria (Sheridan, 1994). Em 2007 foi revista e modificada por Ajay Sharma e Helen Cockerill (Sheridan, Sharma & Cockerill, 2008). A utilização desta escala é um complemento à recolha de informação e ao exame clínico que o médico de família realiza.

A escala deve ser aplicada por profissionais com experiência. Quem utiliza esta escala deve ter uma certa aptidão natural para a aplicar às crianças, um olhar observador, ouvidos atentos e experiência em lidar com crianças difíceis. Os comportamentos da criança devem ser observados e registados, pelo que a prática de utilização desta escala tem um carácter importante para ser aplicada de forma correta na interpretação cuidadosa dos resultados (Sheridan, 1994). Os profissionais de saúde devem ter conhecimento acerca das etapas de desenvolvimento de modo a conseguir identificar o nível em que a criança se encontra e realizar o encaminhamento necessário, sempre que tal se justifique.

As crianças entre os 0 e os 5 anos são rastreadas em 4 áreas de desenvolvimento: postura e motricidade global, visão e motricidade fina, audição e linguagem e comportamento e adaptação social. É uma escala que não necessita de muito material para a sua utilização, apesar de algum ser mais específico, e a observação da criança permite perceber se ela cumpre ou não um determinado comportamento. Esta escala é constituída por 3 partes: a escala com os itens a observar na criança, com uma nota explicativa dos parâmetros a avaliar; uma lista dos sinais de alarme; e uma lista de atividades promotoras do desenvolvimento a serem apresentadas aos pais.

De acordo com Sheridan (1994), os pais não devem ter uma participação ativa na aplicação desta escala, exceto quando solicitados, e as suas preocupações e informações acerca da criança devem ser registadas. Esse levantamento deve ser feito através de questões abertas e outras com exemplos de comportamentos que a criança deve apresentar para cada área de desenvolvimento. As autoras da edição modificada (Sheridan et al., 2008) consideraram que os pais conseguem dar informação sobre o desenvolvimento da sua criança. No entanto, referiram também que as interpretações dadas pelos pais sobre algumas capacidades da criança não são corretas, uma vez que é necessário não só observar o que a criança faz mas perceber como o faz, frisando a importância da qualidade da execução da tarefa.

Os factos acima referidos - esta escala não prever uma participação ativa por parte dos pais e existir algum ceticismo acerca das percepções dos pais na interpretação das capacidades das crianças – é contrária ao preconizado por diversas entidades. Segundo a American Academy of Pediatrics (2001), os pais devem estar envolvidos na recolha de informação acerca do desenvolvimento das suas crianças e apresentam competências no preenchimento de um questionário de rastreio. Caso manifestem dificuldades em termos de compreensão das questões, devem procurar auxílio junto de um profissional. Também a Eurlayid (1993) considera que os pais devem ser envolvidos em todas as fases do processo de rastreio ou avaliação e devem ter informação correta e clara acerca dos seus objetivos.

3.4. Rastreio e o papel dos profissionais de saúde e de educação

Os profissionais de saúde e de educação são elementos fundamentais ao nível da prevenção primária na identificação precoce das crianças com atraso de desenvolvimento ou em risco de atraso de desenvolvimento.

Os profissionais de saúde são considerados os mais conhecedores sobre desenvolvimento com quem os pais contactam, e são vistos como especialistas em saúde e desenvolvimento (Pinto-Martin et al., 2005). Estes profissionais realizam, no plano de vigilância da saúde infantil, a pesquisa de sinais de alarme de desenvolvimento em idades-chave, de forma a identificar atempadamente atrasos de desenvolvimento. Realizam, também, uma vigilância, que se pretende contínua, através de observação direta da criança, de diálogo com os pais, para além da aplicação de testes de rastreio. Sendo essencial a identificação precoce, o consultório médico é um local de excelência para a sua realização, pois a criança é observada regularmente até aos 6 anos de idade pelo seu médico de família ou pediatra. Sempre que são identificados sinais de alarme, deve proceder-se a uma avaliação mais cuidada.

O consultório médico é apenas um dos locais onde o rastreio de desenvolvimento pode ser realizado devido às consultas de saúde infantil de rotina. Qualquer profissional que trabalhe com crianças pode realizar o rastreio, desde que domine o conhecimento sobre desenvolvimento infantil. A qualidade do trabalho desenvolvido, nesta área, pelo profissional depende da sua formação e experiência sobre os conceitos do desenvolvimento infantil (Ertrem, 2012).

Cabe aos profissionais de saúde a identificação, o mais precocemente possível, de crianças com dificuldades de desenvolvimento, de modo a contribuir para o bem-estar da criança e da família, e

assim poderem fazer o encaminhamento para consultas de especialidade e para a IPI, e orientarem na implementação de estratégias que ajudem a criança a atingir o potencial máximo das suas capacidades.

Em 2013, a Direção-Geral de Saúde publicou o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, onde introduziu alterações à versão de 2005. Relativamente ao desenvolvimento, as modificações efetuadas prendem-se com a alteração da cronologia das consultas, nomeadamente com a introdução da consulta dos 5 anos para avaliação da existência de competências necessárias para a aprendizagem e o enfoque dado a questões relacionadas com o desenvolvimento e o comportamento. São também considerados prioritários a deteção e o apoio a crianças com necessidades especiais ou em situação de risco ou vulnerabilidade, salientando-se o papel dos profissionais no aumento dos conhecimentos dos pais.

As consultas de saúde infantil, para além de questões específicas relacionadas com a saúde e com comportamentos promotores de saúde, têm como objetivos: avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança, detetar precocemente e realizar os encaminhamentos necessários e promover o desenvolvimento das competências parentais. Estas consultas têm uma periodicidade recomendada e, em idade pré-escolar, ocorrem em momentos-chave do crescimento e desenvolvimento das crianças: primeira semana de vida, 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 meses, 2, 3, 4, 5 e 6 anos. Durante as consultas, o médico deve registar no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil da criança os factos mais relevantes de saúde e do desenvolvimento. Este boletim é intransmissível. Engloba ainda informações importantes para a promoção da saúde e auxiliares dos pais. Constam dele páginas específicas, donde salientamos: desenvolvimento, onde devem ser assinaladas aquisição de competências-chave, como quando começa a sorrir, gatinhar, apontar, comer sozinha; SNIPI, para crianças que são acompanhadas por este serviço. O registo neste boletim é de toda a pertinência para existir um conhecimento detalhado da evolução do desenvolvimento, o que se revela crucial em crianças com problemas de desenvolvimento (Oliveira, 2017).

Em termos de desenvolvimento, está prevista, nas idades-chave acima referidas, a aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan modificada, estando descritos sinais de alerta nas áreas de desenvolvimento rastreadas com esta escala, bem como dotar os pais de estratégias no sentido de promover o desenvolvimento.

Sempre que existam preocupações específicas na consulta de saúde infantil, ou por profissionais especializados, é utilizado um questionário, para crianças entre os 16 e os 30 meses, referente ao desenvolvimento e comportamento, a *Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)*

para rastreio de perturbações do espectro do autismo. Este questionário foi desenvolvido por Diana Robins, Deborah Fein e Marianne Barton e publicado em 1999. A M-CHAT é um questionário com dois tipos de resposta, sim e não, que são depois convertidas para passa ou falha. A cotação do questionário é rápida e prevê-se que, nos resultados com 3 falhas no total ou em 2 itens considerados críticos, a criança deva ser encaminhada para realizar uma avaliação formal por profissionais do neurodesenvolvimento (Direção-Geral de Saúde, 2013). Uma questão que é importante salientar, neste questionário, é a possibilidade de existirem falsos positivos, o que implica que após a avaliação formal nem todas as crianças irão ser diagnosticadas. No entanto, este instrumento ajuda a detetar problemas de desenvolvimento e, especificamente, perturbações do espectro do autismo em idades precoces.

O Programa Nacional estabelece que as questões de desenvolvimento psicomotor são normalmente identificadas através do levantamento de fatores de risco, da suspeita por parte dos pais, familiares e profissionais de educação e da observação da criança nas consultas periódicas de saúde infantil. Aos profissionais de saúde compete monitorizar o desenvolvimento das crianças. Para tal, devem utilizar, informalmente, um conjunto de tarefas retiradas de diversas escalas de desenvolvimento e observar a criança na sua execução, ou verificar com os pais algumas delas. A conversa que se desenvolve com os pais e outros cuidadores contribui para a perceção da validade das preocupações que são apresentadas de forma a poder ser tomada uma decisão com base na história clínica, exame físico e observação da criança (Dworkin, 1992). No entanto, dados existentes sugerem que os profissionais não questionam, de forma consistente, os pais acerca das suas preocupações (Bricker et al., 2013), o que denota a falta de acesso a informação sobre a criança e alguma dificuldade na abordagem às famílias. Por outro lado, da parte de alguns pais, existe receio da reação dos profissionais acerca das suas preocupações, enquanto outros não compreendem que as consultas são o local indicado para abordar dúvidas relativas ao desenvolvimento.

A maioria dos profissionais utiliza a avaliação clínica informal com base na observação da criança, existindo um número reduzido de profissionais a utilizar testes formais de rastreio nas consultas de saúde infantil (Direção-Geral de Saúde, 2013). Por vezes, os profissionais referem realizar rastreio, quando o que efetivamente realizam é vigilância de desenvolvimento (Thomas, Cotton, Pan & Ratliff-Schaub, 2012). Em estudos realizados, concluiu-se que, através da avaliação clínica, apenas são identificadas cerca de 30% das crianças com problemas de desenvolvimento, enquanto que a utilização de instrumentos formais aumenta a identificação desses problemas entre 70 a 90% (Dunkle & Vismara, 2004; Direção-Geral de Saúde, 2013; Kim & Sung, 2007). Quando os profissionais de saúde identificam problemas de desenvolvimento nas crianças através da avaliação informal, as suas

suspeitas normalmente confirmam-se. No entanto, existe também um número considerável de crianças que, para esses profissionais, apresenta um desenvolvimento típico e tem efetivamente dificuldades de desenvolvimento (Bricker et al., 2013). Consequentemente, há um número de crianças cujos problemas de desenvolvimento não são detetados antes da entrada para a escola, o que pode explicar, em parte, o número reduzido de crianças até aos 3 anos apoiadas pelo SNIPI, por oposição ao grupo etário 3-6 anos. Os dados apresentados no último Relatório de Atividade do SNIPI (Alves et al., 2018) vêm confirmar esta situação. Assim, foram acompanhadas em 2017 um total de 21331 crianças, sendo que 75,2% tinham mais de 3 anos e 24,8% tinham entre 0 e 3 anos.

Das linhas-mestras definidas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Direção-Geral de Saúde, 2013), salientamos a importância do trabalho em equipa, donde fazem parte todos os profissionais dos Centros de Saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, delegados de saúde, entre outros) e da articulação com entidades exteriores aos Centros de Saúde.

As consultas de saúde infantil são momentos importantes para avaliar o desenvolvimento psicomotor das crianças ao longo do tempo. Os médicos de família são então profissionais privilegiados pois têm acesso à história pessoal e familiar da criança e conhecem os recursos existentes na comunidade (Maia et al., 2016).

Os profissionais de saúde devem recolher informação acerca do desenvolvimento e comportamento da criança nas suas consultas de saúde infantil ou pediatria. Para tal, devem já ter adquirido uma série de conhecimentos e capacidades que vão além das aquisições obtidas durante a sua formação e estar motivados e ter experiência para avaliar o desenvolvimento da criança através da observação ou de testes de rastreio e na interpretação dos dados obtidos (Direção-Geral de Saúde, 2013; Dworkin, 1989). Os profissionais de saúde devem ser conscienciosos na forma como se processa o desenvolvimento das crianças, uma vez que nem todas adquirem as mesmas competências no mesmo momento. Identificar se o desenvolvimento de uma criança é adequado à sua faixa etária é um desafio e implica conhecimento e prática (Oliveira, 2017). Observa-se, por vezes, uma identificação e um encaminhamento mais tardios, por parte dos profissionais de saúde, de situações que beneficiariam com uma intervenção mais precoce, “para não aumentar a ansiedade dos pais e restantes cuidadores” (Direção-Geral de Saúde, 2013, p.53). Também a valorização das preocupações apresentadas pelos pais e pelos educadores de infância constitui uma vantagem relativamente à identificação e ao encaminhamento precoces.

A maior desvantagem dos profissionais de saúde diz respeito ao tempo limitado de consulta, com duração de cerca de 15 minutos, para recolha de toda a informação necessária, para levantamento das preocupações das famílias e para capacitação destas acerca de áreas específicas do desenvolvimento. A falta de tempo, a falta de pessoal e o custo elevado dos instrumentos são, então, considerados obstáculos à utilização dos instrumentos de rastreio, pelos profissionais de saúde, devido ao tempo necessário à sua utilização, à administração, que se pode revelar mais difícil, ao material específico necessário e à necessidade de observar diretamente a criança. (Kim & Sung, 2007).

No estudo realizado por Barbeiro (2011) na zona norte de Portugal, verificou-se que mais de um terço dos médicos de família considerou insuficientes as orientações da Direção-Geral de Saúde sobre a avaliação do desenvolvimento psicomotor e apenas 21% tinham formação específica nesta área. Apesar de quase todos os profissionais terem referido utilizar a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Mary Sheridan Modificada, um terço manifestou não compreender o que se pretende avaliar e mais de metade apresentou dificuldade na interpretação dos resultados. O facto de esta escala não apresentar uma pontuação, e a inexistência de um resultado que sirva como base à realização de referências, contribui para a pluralidade de critérios de identificação das crianças com problemas de desenvolvimento. Barbeiro concluiu que a formação dos profissionais sobre desenvolvimento e sobre a utilização de instrumentos de rastreio é essencial.

Maia, Fernandes, Leite, Santos e Pereira (2016) efetuaram um estudo, também na zona norte do país, sobre a realização da avaliação do desenvolvimento psicomotor por profissionais de saúde. Concluíram que a grande maioria dos profissionais participantes no estudo realiza, efetivamente, a avaliação de desenvolvimento e utiliza a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Mary Sheridan Modificada, contudo apresentam as mesmas dificuldades já identificadas no estudo de Barbeiro. Os autores concluíram que existe a necessidade da criação de consultas de rastreio de desenvolvimento a realizar em idades específicas, com a utilização de instrumentos validados, assim como a necessidade de formação específica por parte dos profissionais de saúde.

Dinis (2016) desenvolveu um estudo com o intuito de compreender a perceção de médicos de família acerca do seu papel na referência para a IPI e conhecer os fatores influenciadores da referência de crianças com suspeita de problemas de comunicação e linguagem. Os 55 profissionais que participaram na investigação valorizaram bastante a deteção precoce destes problemas, bem como a sua participação nessa deteção. Sentiram dar importância às preocupações apresentadas pelos pais, à satisfação com os serviços e aos resultados da Escala de Avaliação do Desenvolvimento Mary Sheridan Modificada, para a referência de crianças com problemas de

comunicação e linguagem. No entanto, na sua perspectiva, existe um conjunto de barreiras à referência: recursos humanos, serviços, conhecimento sobre processo de referência, lentidão do processo e a atitude dos pais. A investigadora verificou que os profissionais apresentaram um número reduzido de referências para a ELI e insatisfação com a aprendizagem de conteúdos específicos sobre o desenvolvimento da comunicação e da linguagem durante a sua formação inicial.

As consultas de saúde infantil necessitariam, assim, de reestruturação, uma vez que se prevê que os médicos de família executem uma vasta lista de atividades com a criança e a sua família, pelo que o processo deveria ser eficiente e organizado de forma a serem cumpridos todos os objetivos da consulta. Deste modo, a criança poderá ser rastreada com um instrumento formal que contribuiria para a deteção precoce de problemas de desenvolvimento ou para a identificação de crianças de risco (Bricker et al., 2013). Considera-se, assim, como método urgente e necessário, a incorporação de um rastreio de desenvolvimento estruturado que ajude a detetar, de forma mais precisa, as crianças que necessitam de avaliação de desenvolvimento e de encaminhamento para outros serviços.

A base da identificação precoce continua a ser o serviço de saúde. No entanto, verifica-se que os profissionais de educação têm também um papel fundamental na identificação precoce de problemas de desenvolvimento nas crianças e que, com a sua colaboração com os profissionais de saúde, a probabilidade de uma deteção mais precoce aumenta.

As creches e os jardins de infância são tutelados por diferentes Ministérios: as primeiras pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e os segundos pelo Ministério da Educação. De acordo com a Lei-Quadro da Educação Pré-Escolar (Lei nº 5/97), esta, enquanto primeira etapa da educação básica, tem um papel fulcral no sucesso educativo das crianças e deve ser complementar com a ação educativa da família.

No que diz respeito, especificamente, à avaliação das crianças realizada no contexto educativo, não está prevista a utilização de instrumentos formais. Para além disso, a avaliação tem diferentes abordagens, mediante as orientações da tutela, e é direcionada para a aprendizagem.

Na creche, segundo “Creche - Manual de processos-chave” (Instituto de Segurança Social, 2010), é realizado um plano individual para cada criança que visa organizar, operacionalizar e integrar todas as respostas às necessidades e expectativas da criança e da sua família. É o gestor do processo, por norma o profissional de educação, que estabelece os objetivos de intervenção.

Nos jardins de infância, de acordo com as *Orientações Curriculares para a Educação Pré-escolar* (Silva, Marques, Mata & Mota, 2016), a avaliação é considerada “como uma forma de

conhecimento direcionada para a ação” (p.16) e centra-se na documentação do desenvolvimento do processo e da descrição da aprendizagem, valorizando a forma como a criança aprende e o seu progresso. Esta avaliação é formativa, sem ser direcionada para as aprendizagens que a criança já realizou, e pressupõe-se que seja uma construção participada entre a criança, o educador e outros intervenientes no processo educativo. É um processo dinâmico que ajuda o educador de infância a identificar formas de facilitar a aprendizagem de cada criança (Dunphy, 2008 cit. por Silva, 2012). O registo desta avaliação deve ser realizada de forma descritiva. Com a avaliação, os profissionais de educação observam, registam, documentam, planificam, atuam e envolvem outros intervenientes, organizando a sua prática educativa em função do processo de aprendizagem de cada criança e do grupo. No processo de avaliação, os profissionais de educação devem também articular com outros intervenientes, sobretudo com as famílias, a fim de obterem um maior conhecimento acerca da criança e das suas aprendizagens, envolvendo-as no processo educativo. A oportunidade de momentos de diálogo promove a criação de uma relação de confiança com partilha de informação, de opiniões e preocupações, no sentido de se adequar o processo educativo aos conhecimentos e às aprendizagens da criança.

Os educadores de infância devem conhecer de forma aprofundada o desenvolvimento da criança de modo a poderem avaliá-la (Castilho & Rodrigues, 2012), tendo sempre por base um referencial de desenvolvimento para a promoção de competências. Com a avaliação pretende-se compreender o desenvolvimento e a aprendizagem da criança, identificar os progressos, as dificuldades e os comportamentos que apresentam uma influência direta na sua aprendizagem, planificar a adequação do processo educativo no estímulo para a realização de novos progressos, promover uma relação mais estreita entre o contexto educativo e a família e a partilha de informação acerca da criança (Brassard & Boehm, 2011; Mendes & Cardona, 2012). Os pais necessitam estar envolvidos no processo de avaliação para poderem fornecer informação acerca do desenvolvimento e necessidades da sua criança, ganharem consciência da importância que têm no seu desenvolvimento e da necessidade da sua participação no contexto educativo.

Identificar problemas de desenvolvimento nas crianças é uma das tarefas essenciais por parte destes profissionais, sendo de grande importância quer a deteção precoce quer o encaminhamento para a IPI, sempre que tal se verifique necessário (Sonnander, 2000). Desta forma assegura-se a divulgação, não só acerca da importância do desenvolvimento e da aquisição de determinadas competências, mas também dos serviços da comunidade que podem dar resposta às necessidades das crianças e das famílias, assim como a adequação de novas estratégias com vista à maximização

de oportunidades de aprendizagem dessas crianças (McGivney, 2000). Não é objetivo dos profissionais focarem-se nas dificuldades mas sim na prevenção, para que a intervenção seja orientada para as necessidades da criança e da família: “*We have to work out where we can really get best value. (...) We have to work out where we will have most impact.*” (McGivney, 2000, p.52).

O rastreio de desenvolvimento realizado em creches e jardins de infância tem como objetivo a identificação precoce de crianças com problemas de desenvolvimento ou que se encontram mais vulneráveis de vir a ter dificuldades nos primeiros anos de escolaridade. No entanto, alguns problemas de desenvolvimento não são evidentes ou são detetados apenas no final da idade pré-escolar, havendo ausência de intervenção ou uma intervenção mais tardia.

Os profissionais de educação têm um papel fundamental na deteção e encaminhamento de crianças com problemas de desenvolvimento pelo contacto que têm com as crianças, pelos conhecimentos que devem ter acerca de desenvolvimento e aprendizagem e porque conseguem ter um afastamento do ponto de vista emocional, que os pais não conseguem, que lhes permite mais facilmente tomar decisões e agir (Castro & Gomes, 2000). A criação de uma relação de confiança entre profissionais e família é essencial, pois permite: ouvir a perspetiva um do outro; ver as diferenças como pontos fortes; focar em interesses mútuos; partilhar informação para construir em parceria conhecimentos e intervenções; respeitar os conhecimentos e capacidades um do outro numa troca de ideias e opiniões; planificar e tomar decisões em conjunto de acordo com as necessidades da criança, pais e profissionais; partilhar recursos para trabalhar e alcançar uma meta; demonstrar vontade de ultrapassar conflitos; comprometer-se para partilhar sucessos (Christenson, 2004). Os profissionais devem abordar as famílias para partilhar aspetos positivos e negativos do desenvolvimento da criança, com o intuito de dar a conhecer a sua perspetiva e, ao mesmo tempo, conhecer a perspetiva dos pais. Assim, em conjunto, planificam ações futuras que englobem a realização de atividades para o desenvolvimento de novas competências, a observação de comportamentos ou competências específicas e o encaminhamento para serviços.

A realização de rastreio de desenvolvimento pelos profissionais de educação permite uma capacitação da família para participar de forma significativa na vida da sua criança, quer em casa quer na escola (Brassard & Boehm, 2007).

No caso da educação de infância, a avaliação normativa tem como objetivo comparar crianças entre si através da utilização de instrumentos de rastreio ou avaliação de desenvolvimento. A utilização de escalas de desenvolvimento permite aos profissionais de educação identificar crianças que tenham problemas de desenvolvimento (Silva, 2012). No entanto, este tipo de avaliação não se enquadra no

objetivo da avaliação realizada às crianças que frequentam os jardins de infância em Portugal, pois “(...) nesta perspetiva, não tem sentido situar o nível de desenvolvimento da criança ou em que medida foram atingidos objetivos ou metas de aprendizagem previamente definidos” (Silva et al., 2016, p. 20).

Seria importante a existência de um sistema de rastreio periódico nos contextos educativos com o intuito de verificar o desenvolvimento das crianças, antes da sua entrada na escola, de forma a detetar problemas de desenvolvimento. A sua implementação está dependente não só do acesso dos profissionais a instrumentos de rastreio, mas também da necessidade de haver esse objetivo em termos de comunidade, da coordenação dos vários serviços educativos e da colaboração com serviços sociais e de saúde (Bricker et al., 2013). Não podemos esquecer que os serviços de educação, pelo seu acesso às crianças e às famílias, são contextos privilegiados da efetuação do rastreio de desenvolvimento e da verificação, junto dos pais, da implementação das medidas necessárias, quando existe um resultado que prevê um encaminhamento ou o desenvolvimento de competências em áreas específicas. A sua inclusão num sistema de rastreio contribui também para realçar a validade do processo (Acar, Hansen, Dolata, & Chen, 2014).

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2000) desenvolveu um estudo temático sobre a educação de infância em Portugal, onde tinha já referido a identificação tardia das crianças entre os 0 e os 6 anos com todos os aspetos negativos que daí advêm no desenvolvimento das crianças. Ao nível da saúde, foi referido não existir uma abordagem médica preventiva, de forma uniforme e consensual ao nível dos cuidados de saúde primários, onde deveria também existir mais interação com as famílias. Essa interação permitiria aumentar o diálogo entre profissionais e pais acerca das preocupações acerca da criança e obter o máximo de informação possível, tal como referido por Bricker et al. (2013).

Germano (2011) desenvolveu um estudo com educadores de infância acerca dos processos de identificação e sinalização de crianças com dificuldades na área da linguagem. Concluiu que os profissionais de educação consideram como sendo sua função a identificação destas dificuldades, no entanto parte deles sente-se inseguro para realizar uma avaliação da linguagem, atribuindo esse papel ao terapeuta da fala, pois têm dificuldades em reconhecer aspetos mais específicos desta área de desenvolvimento. Estes profissionais revelaram, também, sentir algumas dificuldades na aceitação da existência de problemas por parte dos pais, com necessidade de os apoiar nesse âmbito, referindo que há uma falta de atenção destes a aspetos do desenvolvimento da linguagem.

O estudo realizado por Lopes (2012) teve como objetivo fazer o levantamento de necessidades e estratégias de educadores de infância no contato com crianças com perturbações de comunicação,

fala e linguagem. Concluiu que mais de 20% dos profissionais apresenta alguma dificuldade na identificação dos sinais de alarme de problemas nesta área do desenvolvimento. A identificação de crianças com estas dificuldades baseia-se sobretudo na troca de informação com os pais e com o conhecimento obtido ao longo da sua prática profissional. Verificou-se ainda dificuldade destes profissionais no encaminhamento, por falta de segurança na identificação, e desconhecimento sobre como referenciar, neste caso, para Terapia da Fala.

Graça (2015) desenvolveu um estudo sobre a perceção de 12 educadoras de infância sobre os indicadores de deteção de crianças com risco grave de desenvolvimento e as competências adquiridas, na sua formação, para detetar crianças na resposta social de creche e encaminhá-las para a IPI. As barreiras encontradas no encaminhamento de crianças para a IPI dizem respeito à aceitação dos pais, ao número elevado de crianças na sala para as suas dimensões, às lacunas da formação inicial e contínua para a resposta social de creche. As medidas referidas para ultrapassar estas barreiras centram-se na mudança dos programas de estudo de formação inicial e contínua destas profissionais, dando um enfoque maior à creche, na aquisição de conhecimentos científicos e competências para as funções nesta área da educação de infância e na necessidade urgente de capacitação dos profissionais para a deteção de crianças com problemas de desenvolvimento.

Lourenço (2018) realizou um estudo com educadores de infância com o intuito de conhecer as suas perceções acerca das ferramentas que têm na deteção e encaminhamento de crianças para a IPI, e quais os aspetos do desenvolvimento que mais valorizam como indicadores de risco. Os resultados obtidos permitiram concluir que estes profissionais não consideram ter ferramentas necessárias ao nível da identificação e encaminhamento, ressalvando que os que possuem formação na área da educação especial apresentam maior capacitação neste domínio. No que diz respeito às características do desenvolvimento da criança indicadas como indicadores de risco, verificou-se que apenas as que são mais notórias são valorizadas, pelo que as dificuldades de desenvolvimento mais ténues não são realçadas. Os educadores de infância consideraram, também, que a criação de checklists com possíveis indicadores de risco referentes às várias áreas de desenvolvimento lhes seria útil, pois facilitaria a deteção de problemas de desenvolvimento.

3.5. Envolvimento dos pais e dos cuidadores no rastreio

A família é o principal contexto de desenvolvimento da criança.

Os pais, enquanto principais educadores da criança, devem estar cientes da importância do seu papel e influência no desenvolvimento dos filhos porque: são a maior fonte de informação sobre a criança; são responsáveis por ela; são quem passa mais tempo com a criança; e são, também, os maiores advogados da criança (Epps, s/d, citado por Couchenour & Chrisman, 2000; Wolfendale, 1999). Não podemos esquecer que os pais são os elementos mais consistentes e estáveis na vida da criança, logo o seu interesse e responsabilidade por ela não podem ser substituídos. É aos pais que cabe a decisão acerca da vida da criança e, por esse motivo, devem ter uma presença ativa na sua vida.

Os pais, assim como outros prestadores de cuidados da criança, têm um conhecimento especializado sobre a criança (Barnett, Ayers, & Francis, 2014), por isso é fundamental o seu envolvimento ativo no processo de rastreio. A sua participação no rastreio da criança permite obter informação acerca do comportamento da criança noutros contextos e ao longo do tempo (McAfee & Leong, 1997). Pode ainda proporcionar um impacto positivo no seu próprio bem-estar e, consequentemente, no desenvolvimento da criança. As oportunidades para a família participar em todas as decisões da vida da sua criança devem então ser promovidas. Os pais fornecem informação válida e essencial, que, de outra forma, não seria conhecida, não só acerca do desenvolvimento da criança mas também sobre problemas que podem surgir. Estudos realizados corroboram que as informações fornecidas pelos pais são preditores de atrasos de desenvolvimento, conseguindo identificar de forma eficaz esses atrasos (American Academy of Pediatrics, 2001; Bricker et al., 2008; Glascoe, 2000). Outros estudos refletem a correlação positiva entre os resultados obtidos nas avaliações das capacidades das crianças, realizadas por profissionais e por pais (Acar et al., 2014). Os profissionais devem valorizar as preocupações dos pais, pois são estes, normalmente, quem primeiro se apercebe de alguma alteração do desenvolvimento que, de outra forma, poderá ser difícil de detetar (Glascoe, 2005; Pinto, 2009).

Enquanto pessoas que melhor conhecem os seus filhos (gostos, interesses, forças, receios, comportamento, experiências anteriores), os pais têm maior capacidade do que os profissionais para entender e dar resposta às pistas que as crianças vão dando durante a execução das tarefas previstas no rastreio, independentemente da formação dos últimos (Meisels & Atkins-Burnett, 1999). Durante o rastreio, as famílias dão às suas crianças o suporte necessário, identificam discrepâncias entre o que é observado e as capacidades que a criança demonstra noutros contextos, descrevem os padrões de comportamento da criança, refletem conjuntamente com os profissionais acerca dos resultados para garantir o melhor desempenho da criança (Division for Early Childhood, 2007).

Os pais, por terem um papel preponderante no desenvolvimento da criança, ao participarem no rastreio consolidam os seus conhecimentos acerca de desenvolvimento, ou adquirem outros novos enquanto é promovida a aquisição de novas competências que fortalecem as suas práticas parentais. A colaboração entre pais e profissionais, durante o rastreio, permite estabelecer uma relação entre estes, orientando-os para objetivos comuns de fortalecimento da relação entre a família e a criança. Ao mesmo tempo, promove a aquisição de competências e capacidades nos pais, de apoio ao desenvolvimento da criança, enquanto fomenta a confiança parental (Division for Early Childhood, 2014). Por isso, o seu envolvimento é essencial e deve ser valorizado.

Incluir a família no rastreio permite aos profissionais aceder a informação importante e contribui para determinar de forma precisa o desenvolvimento da criança (Bricker et al., 2013). O papel do profissional não deve ser apenas o de perceber o desenvolvimento da criança mas também, em conjunto com os pais, ter uma visão multidimensional da criança com o intuito de promover a aquisição de novas competências (Meisels & Atkins-Burnett, 1999).

Apesar de os profissionais, como especialistas, conhecerem o processo de rastreio, quando as famílias assim o pretendem, podem ter uma interação e um envolvimento maiores e receber orientação e suporte. Os pais apresentam maior facilidade em seguir recomendações quando as suas perceções e as dos profissionais acerca das necessidades e forças da criança, são semelhantes e a informação é apresentada de forma clara e precisa (Meisels & Atkins-Burnett, 1999). O acesso dos pais aos resultados do rastreio é assim fundamental, sendo um momento propício à realização de questões e à adequação de expectativas face ao desenvolvimento da sua criança. Este momento é propício para um diálogo que auxilia os pais a aliviar ou validar as suas preocupações (Acar et al., 2014).

O rastreio pode incluir diversos profissionais e a família, enquanto parceiro fundamental no desenrolar do processo. Os profissionais, presentes no rastreio, devem estar atentos às questões que os pais possam colocar sobre o processo que estão a vivenciar com a sua criança, sobre os serviços disponíveis e as etapas para obter esses serviços. O envolvimento dos pais no rastreio contribuirá positivamente para uma maior participação numa intervenção posterior.

Pressupõe-se que, quer a identificação quer o rastreio, sejam flexíveis e colaborativos, envolvendo pais e profissionais no processo de tomada de decisões. Por isso, o instrumento a utilizar deverá ser escolhido de acordo com o objetivo a que se propõe. Para a realização de um rastreio que permita a participação dos pais, o *Ages and Stages Questionnaires* é um instrumento estandardizado, com elevada fiabilidade na identificação de crianças em risco ou com problemas de desenvolvimento,

que contribui para o envolvimento e a capacitação da família sobre desenvolvimento (Crais, 2003; Bricker et al., 2013).

4. AGES AND STAGES QUESTIONNAIRES

O desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida é influenciado por fatores médicos, biológicos e ambientais e pelas oportunidades de aprendizagem a que tem acesso. A identificação precoce de problemas de desenvolvimento nas crianças é essencial para que ocorra, o mais cedo possível, uma intervenção, de forma a corrigir ou atenuar esses problemas e para que se alcance o máximo desenvolvimento.

A identificação precoce de crianças com problemas de desenvolvimento tem vindo a ser alvo de uma maior atenção desde os anos 80 do século passado. O Ages and Stages Questionnaires (ASQ) é considerado, desde essa altura, um instrumento de rastreio e de monitorização preciso com resultados positivos e significativos para as crianças por ele rastreadas. É fruto do trabalho realizado por Diane Bricker e Jane Squires, com a colaboração de Elizabeth Twombly, Robert Nickel, Jantina Clifford, Kimberly Murphy, Robert Hoselton, LaWanda Potter, Linda Mounts e Jane Farrell.

Para descrever o desenvolvimento do sistema ASQ baseámo-nos no Manual do Utilizador do ASQ-3 (Squires, Twombly, Bricker, Potter, 2009).

4.1. Contextualização

Com as alterações ocorridas na Intervenção Precoce nos Estados Unidos da América (EUA), através da mudança de paradigma de práticas centradas na criança para práticas centradas na família, os autores verificaram três importantes necessidades: envolver os pais e as famílias na identificação, na avaliação e na intervenção com crianças com NEE ou em risco de atraso de desenvolvimento; a existência de instrumentos e procedimentos para rastreio e monitorização do desenvolvimento de crianças em risco de atraso de desenvolvimento devido a fatores estabelecidos, biológicos ou ambientais, ou uma combinação desses fatores; encontrar um instrumento de rastreio económico mas eficaz que abrangesse um número crescente de crianças em risco de atraso de desenvolvimento e suas famílias (Squires et al., 2009).

O ASQ foi desenvolvido devido a diferentes fatores, donde se salienta a importância da identificação precoce de problemas de desenvolvimento para uma intervenção mais atempada e eficaz.

Como tal, é essencial a realização regular de rastreio de desenvolvimento. Complementarmente, as investigações realizadas sobre o impacto dos fatores médicos e biológicos no desenvolvimento da criança concluíram que estes não são preditores de atraso de desenvolvimento (Sameroff & Chandler, 1975). Existem também modelos de avaliação de desenvolvimento multidisciplinar que se centram sobretudo no olhar dos profissionais, com um contributo escasso por parte dos pais. O rastreio e a monitorização de um grande número de crianças realizados por profissionais são dispendiosos, sendo muitas vezes essa a razão pela qual ocorrem num momento único ou a intervalos não regulares. Ao nível da prevenção primária, colocar os pais a preencher questionários de desenvolvimento reduz significativamente esses custos.

Os autores do ASQ propuseram-se a desenvolver um sistema de rastreio que fosse eficaz e acessível e conseguisse contornar ou atenuar as dificuldades em termos de previsão, precisão e custo. Pretendiam que o rastreio ocorresse em intervalos de tempo bem definidos, com identificação precisa de crianças que necessitavam de avaliação de desenvolvimento, num sistema de implementação e manutenção fáceis, que incluísse informação por parte dos pais e dos prestadores de cuidados e cuja monitorização fosse económica. Associado aos fatores descritos, verificava-se também, nos EUA, uma maior atenção por parte dos profissionais na monitorização do desenvolvimento das crianças devido ao aumento da população infantil em risco de atraso de desenvolvimento, ocasionado por fatores ambientais como pobreza, e a uma maior ênfase dada à prevenção de atrasos de desenvolvimento e de doenças crónicas.

Estava assim criada a base para o desenvolvimento do sistema ASQ.

4.2. Desenvolvimento e revisões do ASQ

Em 1980 é iniciado um projeto, com 3 anos de duração, financiado pelo National Institute on Handicapped Research, atualmente denominado National Institute on Disability and Rehabilitation Research (NIDRR) do U.S. Office of Education (o atual U.S. Department of Education). Este tinha como objetivo desenvolver um sistema de monitorização composto por seis questionários, a serem implementados com intervalos de 4 meses, para serem preenchidos pelos pais. As crianças em risco de atraso de desenvolvimento foram rastreadas entre os 4 e os 24 meses. Os objetivos específicos deste projeto eram: comparar a precisão da monitorização efetuada pelos pais com uma avaliação realizada por profissionais e determinar que fatores poderiam predizer que pais conseguiam preencher os questionários com precisão. Os resultados demonstraram que a maior parte dos pais não revelava

dificuldade no preenchimento do questionário. Os resultados da fiabilidade interobservador e teste-reteste era superior a 90% e havia uma grande concordância entre os resultados dos questionários preenchidos pelos pais e os testes formais, nomeadamente o Revised Gesell Developmental Examination, utilizado por profissionais. Os resultados deste projeto foram suficientemente bons para se concluir que os estudos de aperfeiçoamento deste instrumento de monitorização deviam ser continuados.

Entre 1983 e 1985 foram melhorados os questionários existentes e foram desenvolvidos os dos 30 e dos 36 meses, através da monitorização de crianças da unidade de cuidados neonatais do Sacred Heart General Hospital. Em 1985 foi concedido pelo NIDRR um fundo para um novo projeto de 3 anos. Este projeto tinha como objetivos: a concordância entre as observações realizadas pelos pais e pelos profissionais, centrando-se sobretudo na sensibilidade, na especificidade e na identificação de falsos positivos e falsos negativos; a fiabilidade teste-reteste e interobservadores; o custo de utilização dos questionários. A concordância do resultado dos questionários preenchidos pelos pais e pelos profissionais era elevada, apesar de existirem algumas variações em alguns intervalos. Os falsos negativos apresentavam resultados baixos e os falsos positivos variavam consoante os intervalos de idade dos questionários indicando, contudo, valores aceitáveis. A especificidade era elevada e a sensibilidade variava entre baixa e moderada, sugerindo haver necessidade de rever os pontos de corte. Os valores de fiabilidade continuavam elevados e o custo da utilização dos questionários era baixo.

Em 1988 receberam um patrocínio de 2 anos, prolongado por mais 2 anos em 1990, da March of Dimes Research Foundation com os objetivos de: verificar a utilização dos questionários por um grupo de pais com baixos rendimentos e avaliar o efeito do preenchimento dos questionários nas atitudes dos pais e no seu conhecimento acerca de desenvolvimento. As conclusões demonstraram que pais com baixos rendimentos e com baixo nível de literacia conseguiam preencher os questionários com sucesso e precisão, mas não foram comprovadas as alterações nas suas atitudes nem nos seus conhecimentos sobre desenvolvimento da criança. No entanto, este último resultado não é corroborado pelos profissionais que se encontravam no terreno, que indicavam que os pais e os profissionais referiram que a utilização dos questionários os ajudou a observar, compreender e ensinar as suas crianças.

Em 1991, surgiu um novo financiamento de 3 anos por parte do NIDRR para dar seguimento ao projeto anterior. Os resultados obtidos anteriormente foram replicados e expandidos, verificando-se que os pais com baixos rendimentos, de baixo nível educacional, adolescentes e consumidores de

substância nocivas, conseguiram preencher corretamente os questionários. No que diz respeito à mudança de atitudes dos pais e aos conhecimentos de desenvolvimento da sua criança, os resultados não foram conclusivos, não havendo novamente concordância entre os resultados quantitativos e qualitativos.

Em 1991 é realizada a primeira revisão do ASQ em função dos resultados obtidos nos estudos realizados até essa altura. São então introduzidas as seguintes seis alterações:

1. Reformulação de alguns itens para clarificação do seu conteúdo;
2. Eliminação de alguns itens de difícil compreensão e substituídos por outros;
3. Eliminação de itens com quociente de desenvolvimento entre 125 e 150;
4. Organização dos itens por área de desenvolvimento de acordo com o grau de dificuldade de cada um;
5. Acrescento dos questionários dos 6, 18 e 48 meses;
6. Alteração do nome de Infant/Child Monitoring Questionnaires para Ages & Stages Questionnaires de forma a tornar-se mais apelativo aos pais e profissionais.

A primeira edição do ASQ foi publicada em 1995. De seguida, os autores iniciaram uma nova etapa de investigações e desenvolveram questionários adicionais para completar a série entre os 4 e os 60 meses.

Em 1999 foi publicada a 2ª edição do ASQ, com três tipos de modificações: 1) pequenas alterações nos itens de modo a torná-los mais claros; 2) alterações no formato dos questionários, para os tornar mais amigáveis; 3) introdução de novos questionários (10, 14, 22, 27, 33, 42, 54 e 60 meses) de forma a abranger um maior número de crianças rastreadas com idades compreendidas entre os 4 e os 66 meses.

Esta 2ª edição, por ser um instrumento de baixo custo, permitiu a utilização por um maior leque de profissionais (pediatras, enfermeiros, assistentes sociais e equipas de intervenção precoce) e de serviços. Os autores continuaram a recolher os dados da utilização do instrumento e, complementarmente ao trabalho empírico com o ASQ, obtiveram resultados positivos sobre a utilização dos questionários por parte de pais, programas de intervenção precoce e profissionais da área da saúde, do serviço social e da educação. O feedback fornecido acerca do formato dos questionários e sobre os procedimentos de monitorização demonstrou que este instrumento era apropriado para o seu objetivo. Nesta fase, o ASQ começou a ser utilizado em diversos países, o que implicou a sua tradução para outras línguas, realçando também a qualidade e utilidade deste sistema, bem como a validade e a fiabilidade dos questionários.

A publicação da 3ª edição do ASQ em 2009 introduziu cinco revisões específicas:

1. Introdução dos questionários dos 2 e dos 9 meses para dar resposta a programas que acompanham crianças desde o nascimento, perfazendo um total de 21 questionários.

2. Ampliação e modificação dos intervalos de idade dos questionários de maneira a ser possível rastrear qualquer criança entre 1 mês e os 66 meses.

3. Revisão dos itens de forma cuidadosa de modo a não alterar o seu significado. Com base na análise estatística e no feedback dos utilizadores, foram substituídas algumas palavras para aumentar a clareza dos itens; foram eliminados ou acrescentados alguns exemplos e imagens para tornar mais explícita a competência a observar; e foi adicionado um item específico, na área da Comunicação, para a linguagem expressiva.

4. Na secção de generalidades foram alteradas algumas palavras para clarificação de itens e acrescentadas questões sobre a linguagem expressiva e de preocupações com o comportamento.

5. Revisão da folha de sumário de todos os questionários e introdução da zona de monitorização. Esta zona, colocada no gráfico da pontuação das questões sobre as áreas de desenvolvimento, representa o intervalo entre pelo menos um e não mais do que dois desvio padrão abaixo da média de desempenho da criança, em cada domínio de desenvolvimento. A introdução desta zona teve como objetivo realçar as competências de desenvolvimento que necessitam de maior atenção ou de monitorização. Mediante o resultado nesta zona, pode ser dada aos prestadores de cuidados uma lista de atividades para o desenvolvimento de competências específicas da criança. As crianças, cujos resultados estão nesta zona de monitorização, podem necessitar de novo rastreio passados 2 a 4 meses de modo a garantir que as suas competências permanecem acima dos resultados do ponto de corte para encaminhamento.

Complementarmente, foi desenvolvido o *Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional* e o seu Manual de Utilizador para dar resposta à necessidade de identificação precoce de problemas sociais e emocionais e que deve ser usado em conjunto com o ASQ-3.

4.3. ASQ-3

Este instrumento de rastreio promove a participação da família no sentido de, em conjunto com profissionais de saúde e de educação, identificarem as capacidades das crianças e também possíveis problemas de desenvolvimento, ao mesmo tempo, que criam oportunidades promotoras de novas competências. Este instrumento é de fácil administração, prevendo-se que seja preenchido por

pais e prestadores de cuidados com a colaboração de profissionais para interpretação dos resultados obtidos.

Segundo a American Academy of Pediatrics (2001), o ASQ é um dos instrumentos de rastreio com melhores propriedades psicométricas, apresentando sensibilidade, especificidade, validade e fiabilidade adequadas. Encontra-se validado em diversas populações e apresenta a vantagem de ser rapidamente respondido pelos pais e facilmente cotado pelos profissionais. Ao longo dos anos foi investigado e testado com uma grande amostra de crianças em diversos países (Squires et al., 2009).

Com a utilização do ASQ-3 podem ser obtidos três resultados diferenciados que vão orientar os profissionais e os pais no processo a seguir:

- Para as crianças cujo desenvolvimento está dentro do esperado para a faixa etária e os pais não apresentam preocupações, o ASQ-3 dá segurança e permite perceber quais as novas competências que as crianças deverão atingir no futuro. Os profissionais e os pais poderão agendar novo rastreio, de acordo com o intervalo de idade seguinte.
- Para as crianças cujos resultados se encontram na área de monitorização ou os pais apresentam preocupações específicas, os profissionais reforçam as áreas fortes da criança e dão informação que vão ao encontro das necessidades da criança e das preocupações dos pais. Os pais e os profissionais podem definir a necessidade de realização de uma avaliação de desenvolvimento ou o agendamento de um novo rastreio. Complementarmente, os pais são informados acerca de atividades que podem realizar com a sua criança.
- Para as crianças cujo resultado se encontra abaixo dos pontos de corte em qualquer área, os profissionais conversam com os pais acerca dos itens que a criança ainda não consegue realizar para intentarem compreender o porquê. Por exemplo, há crianças que não desenvolvem determinadas competências por falta de oportunidade. Após a apresentação do resultado do rastreio, os profissionais e os pais determinam o encaminhamento a realizar.

O ASQ-3 assenta na participação dos pais através da observação das suas crianças e no preenchimento do questionário acerca das competências destas, sendo esta uma das vantagens do instrumento. Estes questionários, ao poderem ser preenchidos pelos pais, podem substituir outros instrumentos de rastreio que necessitam de preenchimento por parte de um profissional ou da utilização de materiais específicos. Uma outra vantagem do instrumento centra-se no facto de a precisão do rastreio ser realçada devido à quantidade e à variedade de informação que os pais têm

acerca da sua criança, pois sabem do que ela é capaz e conseguem dar informações de forma exata aquando do preenchimento dos questionários (Bricker, Squires & Potter, 1997). O ASQ-3 apresenta maior flexibilidade na recolha de informação sobre o desenvolvimento da criança, visto que não se centra apenas no olhar dos profissionais, mas prevê o envolvimento ativo dos pais. A realização de rastreios ou avaliações efetuados em ambientes estranhos e com condicionantes de tempo pode não produzir resultados precisos acerca das capacidades da criança. Incluir os pais nestes momentos permite-lhes não só obter informação importante acerca das etapas de desenvolvimento, das áreas fortes da sua criança, mas também aceder a novas atividades que estimulem a sua criança em casa e criar expectativas mais apropriadas ao desenvolvimento da criança.

O ASQ-3 consegue demonstrar o conhecimento que as famílias têm sobre as suas crianças, passando informação aos pais sobre o desenvolvimento infantil bem como sobre as competências da sua criança. Enfatiza os pontos fortes e as áreas de menor realização da criança e realça os resultados que se encontram na zona de monitorização tornando, assim, mais fácil a vigilância às crianças consideradas de risco. O ASQ-3 pode ser preenchido por pais ou prestadores de cuidados em casa, na sala de espera durante uma ida ao médico, no contexto educativo, numa visita domiciliária ou por telefone.

O ASQ-3 apresenta um sistema flexível, sendo muito mais do que um instrumento de rastreio. Os seus procedimentos de utilização podem ser adaptados a uma variedade de ambientes, assim como o preenchimento dos questionários pode ser realizado apenas pelos pais ou em conjunto com os profissionais.

Apesar dos questionários ASQ-3 poderem ser respondidos também por prestadores de cuidados, desde que estes conheçam bem a criança, prevalece a importância do envolvimento dos pais por dois motivos fundamentais: 1 - ao preencherem os questionários os pais adquirem informação acerca do desenvolvimento da sua criança e quais as competências a alcançar futuramente; 2 - os pais conhecem a criança melhor do que ninguém e um dos pontos importantes de um rastreio é a aquisição de informação acerca do desenvolvimento. Este é um instrumento significativo para partilhar com os pais e assim tirar o máximo partido do seu conhecimento acerca da criança, conseguindo envolvê-la de uma forma divertida.

Salienta-se ainda um pressuposto importante para a utilização deste instrumento: o ASQ-3 não deve ser utilizado com crianças com NE, uma vez que estas, devido à sua especificidade, podem passar de imediato para o processo de avaliação.

4.3.1. Componentes do ASQ-3

O ASQ-3 engloba três componentes distintas: os questionários, o procedimento de utilização e de cotação dos questionários e o material de suporte.

1- O ASQ-3 é composto por 21 questionários distribuídos por intervalos de idade bem definidos - 2, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30, 33, 36, 42, 48, 54 e 60 meses – e rastreia crianças entre 1 mês e os 66 meses.

Cada questionário tem 30 questões, escritas de forma simples, que abrangem 5 domínios de desenvolvimento: comunicação, motricidade grossa, motricidade fina, resolução de problemas e área pessoal e social. Tem ainda uma secção de generalidades que se centra nas preocupações e dúvidas dos pais relativas à sua criança. O seu preenchimento demora cerca de 15 minutos e não necessita de treino específico. A maioria dos pais, ou prestadores de cuidados, consegue preencher o questionário sem ajuda, no entanto alguns pais podem sentir essa necessidade, por exemplo na interpretação de alguns itens.

O questionário é constituído por três elementos:

➤ a folha de informação da criança, onde é especificado o intervalo de idade do questionário e é solicitada informação acerca da criança e da pessoa que preenche o questionário.



Figura 7 – Exemplo demonstrativo do intervalo de idade de um questionário

(Retirado do questionário dos 16 meses)

➤ o questionário, que pode ter de 4 a 7 páginas, inicia também com o intervalo de idade e uma pequena lista de pontos importantes a ter presente antes do seu preenchimento. Esta lista lembra aos pais para fazerem do preenchimento do questionário um momento agradável em família, e tem um espaço onde os profissionais colocam a data de retorno do questionário ou outra informação importante para a família. De seguida, apresenta-se o questionário, propriamente dito, composto por 30 questões, apresentadas em linguagem simples, e que abrangem cinco áreas de desenvolvimento:

- comunicação: balbuciar, vocalizar, ouvir e compreender;

- motricidade grossa: movimentos dos braços, corpo e pernas;
- motricidade fina: movimentos das mãos e dedos;
- resolução de problemas: aprender e brincar com brinquedos;
- área pessoal e social: jogo social solitário e brincar com brinquedos e outras crianças.

A cada área correspondem seis questões organizadas hierarquicamente por competências, da mais fácil para a mais difícil.

Cada questionário está escrito em linguagem acessível, para pessoas com escolaridade ao nível do sexto ano. Os questionários apresentam imagens colocadas junto a algumas questões, como forma de auxílio na compreensão do que se pretende que a criança seja capaz de realizar e como facilitador de um preenchimento confiável. Há questões que apresentam exemplos do comportamento desejado.

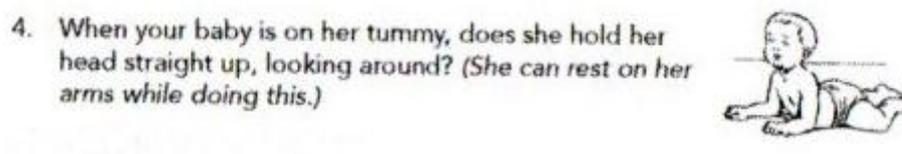


Figura 8 – Exemplo demonstrativo de questão com imagem (Squires et al., 2009, p.82)

As 30 questões são respondidas preenchendo um círculo, existindo 3 respostas possíveis: sim, se a criança realiza o comportamento especificado na pergunta; às vezes, que indica uma resposta ocasional ou emergente por parte da criança; ainda não, quando a criança ainda não realiza o comportamento. Alguns itens apresentam um espaço para os pais escreverem exemplos do comportamento da criança.

Contempla ainda uma secção de generalidades, que pode conter 6 a 10 questões sobre preocupações da família acerca de visão, audição, comportamento e da qualidade das competências da criança em áreas específicas como motricidade global e linguagem expressiva. Esta secção é respondida com sim ou não e, dependendo da resposta, pode ser solicitada uma explicação com um espaço específico destinado a esse efeito.

O preenchimento do questionário demora cerca de 15 minutos.

➤ a folha de sumário acompanha cada um dos questionários e deve ser preenchida pelo profissional que efetua a cotação.

Esta folha pretende ajudar na cotação e no seguimento a dar após o rastreio e apresenta o resultado do desempenho da criança. No cimo da folha encontra-se o intervalo de idade do questionário e espaço para informação da identificação da criança. De seguida, apresenta instruções

básicas para a realização da cotação e um gráfico de barras onde são colocados os resultados de cada área de desenvolvimento, com indicação do resultado em relação aos pontos de corte para encaminhamento de avaliação e para monitorização.

Area	Cutoff	Total Score	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Communication	34.60		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Gross Motor	38.41		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○
Fine Motor	29.62		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Problem Solving	34.98		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Personal-Social	33.16		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○

Figura 9 – Exemplo demonstrativo da tabela para registo dos resultados das áreas de desenvolvimento na folha de sumário (Squires et al., 2009, p.70)

Existe uma área para colocar as respostas dadas pelos pais às questões da secção de generalidades e um pequeno guia para interpretação dos resultados. Na parte inferior da folha são anotadas as decisões tomadas sobre o acompanhamento, apresentando-se também um quadro, cujo preenchimento é de carácter opcional, onde são colocadas as respostas dadas às questões das cinco áreas de desenvolvimento.

5. OPTIONAL: Transfer item responses (Y = YES, S = SOMETIMES, N = NOT YET, X = response missing).

	1	2	3	4	5	6
Communication						
Gross Motor						
Fine Motor						
Problem Solving						
Personal-Social						

Figura 10 – Exemplo demonstrativo do quadro das respostas às questões acerca das áreas de desenvolvimento (Squires et al., 2009, p.71)

Para realizar a cotação, os profissionais convertem cada resposta num determinado valor (sim – 10, às vezes – 5, ainda não – 0), somam os valores para cada área de desenvolvimento e comparam os resultados com os pontos de corte definidos que estão no gráfico de barras da folha de sumário.

As crianças, cujo resultado esteja na área branca do gráfico, consideram-se como estando a desenvolver de acordo com o esperado para a sua faixa etária e devem continuar a ser rastreadas a intervalos regulares. As crianças cujo resultado se encontra na área cinzenta – zona de monitorização – podem necessitar de maior atenção, atividades específicas e/ou repetir o rastreio, sem, no entanto, indicar a necessidade de avaliação. Quando o resultado está na área preta do gráfico, em qualquer área de desenvolvimento, é recomendada uma avaliação de desenvolvimento.

2- Os procedimentos de utilização e de cotação dos questionários podem incluir diversas opções que devem ser analisadas previamente de acordo com os recursos humanos disponíveis, com as características das famílias e a decisão da família acerca da forma como pretendem preencher o questionário. Algumas famílias podem sentir necessidade de ajuda no preenchimento do questionário, sendo imprescindível o apoio de um profissional. Outras famílias podem preferir preencher em casa, entregando depois o questionário preenchido.

Os questionários são cotados por profissionais no tempo máximo de 5 minutos e, após a sua cotação, os resultados podem ser partilhados de imediato com a família ou num momento posterior.

3- O ASQ-3, para além dos questionários, apresenta material de suporte constituído por:

- o Manual do Utilizador, que descreve o sistema ASQ-3 e fornece instruções sobre as fases de implementação deste programa de rastreio/monitorização;

- o *ASQ-3 Learning Activities*, com atividades que promovem o desenvolvimento da criança e a interação desta com os pais nas cinco áreas de desenvolvimento.

- o *ASQ-3 Material Kit*, que contém o material necessário para realizar as atividades dos questionários;

- a brochura *ASQ-3 Quick Start Guide*, existente em inglês e espanhol, com informação básica sobre o ASQ-3;

- os DVD's de treino: *Ages & Stages Questionnaires on a Home Visit*, que descreve a utilização deste instrumento durante uma visita domiciliária, técnicas de orientação dos pais no preenchimento do questionário e sugestões para trabalhar no ambiente familiar; *ASQ-3 Scoring & Referral*, que descreve a forma de utilização e de cotação dos questionários;

- *ASQ Pro* e *ASQ Enterprise*, plataformas online onde os questionários podem ser preenchidos e que permitem o acompanhamento contínuo das crianças.

4.3.2. Fases de implementação

O sistema ASQ-3 é composto por quatro fases sequenciais distintas, apresentadas na figura 11, e descritas de seguida. Cada uma destas fases engloba uma série de etapas que devem ser desenvolvidas antes da sua implementação.

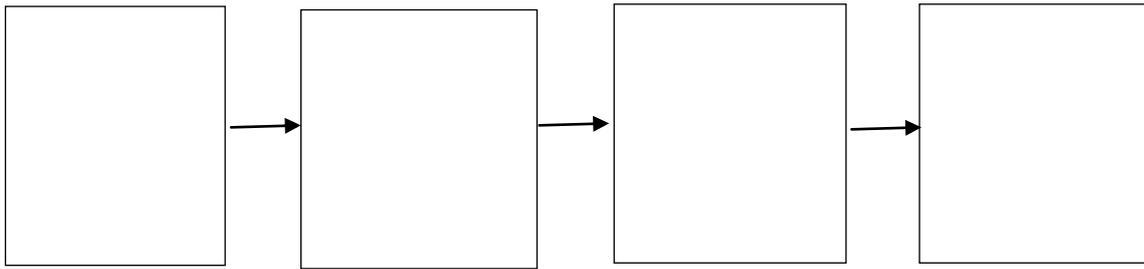


Figura 11 – Fases de implementação do sistema ASQ-3

(Adaptado de Squires et al., 2009, p.24)

Fase I – Planificação do programa de rastreio/monitorização

Esta primeira fase de planeamento pretende garantir a eficácia do programa e engloba nove etapas: comunicar com os parceiros da comunidade, incluir a perspetiva dos pais, envolver os prestadores de cuidados de saúde, determinar a população-alvo, estabelecer as metas e os objetivos, determinar os recursos para o programa, determinar os métodos de administração e as suas configurações, determinar a profundidade e a amplitude do programa e selecionar os critérios de encaminhamento. Estas etapas podem ser desenvolvidas uma de cada vez ou serem realizadas várias em simultâneo, dependendo da organização prévia desta fase do sistema ASQ-3.

A comunicação a estabelecer com os parceiros da comunidade prende-se com a necessidade de especificar quem realizará o rastreio, de forma a que os recursos sejam utilizados de forma eficiente e sem duplicação de serviços e para definir com quem a informação do rastreio será partilhada.

Incluir a perspetiva dos pais na planificação do rastreio permitirá compreender o modo como se envolverão as famílias com diferentes origens, experiências e valores culturais e quais as necessidades de acompanhamento para uma determinada comunidade.

O envolvimento dos prestadores de cuidados de saúde é importante devido à informação médica que têm sobre as crianças, e que pode aumentar o número de crianças rastreadas, e monitorizar os resultados. É importante que o resultado do rastreio de crianças, não realizado pelo médico de família, deverá ser partilhado com este profissional.

Determinar a população-alvo permitirá definir quais as crianças que serão rastreadas e em que idades, podendo existir critérios em termos de desenvolvimento ou de prioridade (como seleção de crianças com fatores de risco biológico ou ambiental, por exemplo).

As metas e os objetivos do programa devem ser delineados apropriadamente de modo a refletir o seu propósito e a sua intenção, para que seja iniciado de forma eficiente.

Os programas de rastreio necessitam de recursos para funcionarem e para ser possível dar apoio às famílias que surjam. Os questionários do sistema ASQ-3, ao poderem ser preenchidos pelas famílias, permitirão a utilização dos seus recursos em momentos específicos, apesar de nem todas conseguirem sozinhas realizar esse preenchimento.

O sistema ASQ-3 pode ser adaptado de acordo com as necessidades do programa ou da comunidade, uma vez que a utilização de questionários, que se pretende que sejam preenchidos pelos pais, é flexível. Deve haver consciência de que a utilização do ASQ-3 não é apropriada para todas as famílias. Algumas podem não ter vontade de o fazer ou sentir que o preenchimento é muito intrusivo. Há famílias que, devido a situações de caos nas suas vidas, não se sentem capazes de preencher o questionário. Famílias com problemas cognitivos ou emocionais podem sentir dificuldade em compreender a sua utilização. Para estas famílias devem ser encontradas alternativas. Pode existir também a necessidade de se fazerem modificações pontuais culturais ou linguísticas de maneira a serem entendidos por algumas famílias.

Durante a tomada de decisões sobre a abrangência do programa devem ser consideradas questões importantes, nomeadamente a frequência, a amplitude e o tipo de medida do rastreio. É importante rastrear as crianças a intervalos regulares. Os autores do sistema ASQ-3 recomendam a sua realização em intervalos entre 4 e 6 meses. As crianças que são encaminhadas e elegíveis para a Intervenção Precoce não devem ser novamente rastreadas; as crianças que são encaminhadas para avaliação, mas não são elegíveis para acompanhamento, devem continuar a ser rastreadas pois têm uma maior probabilidade de virem a apresentar, mais tarde, problemas de desenvolvimento mais tarde (Glascoe, 2001 cit. in Squires et al., 2009).

Um rastreio deve abranger várias áreas de desenvolvimento, por isso, como complemento, a área sócio emocional deve ser rastreada anualmente.

A American Academy of Pediatrics (2006) recomenda: a utilização de instrumentos de rastreio de desenvolvimento estandardizados em idades específicas; o início do rastreio para autismo aos 18 meses; a vigilância do desenvolvimento por parte dos prestadores de cuidados de saúde, com avaliações informais, em cada visita de prevenção da criança, onde se inclui questionar os pais acerca das suas preocupações, obter informação acerca do desenvolvimento da criança e identificar os fatores de risco e de proteção. O ASQ-3 foi revisto para ser sensível ao autismo, com a adição de questões acerca de preocupações sobre o comportamento e outras sobre revisão das competências de comunicação precoce.

A seleção dos critérios de encaminhamento permitirá aos profissionais identificar, de forma concreta, as crianças que necessitam de avaliação, as que necessitam de ser mantidas em vigilância e quais as que apresentam um resultado de acordo com o esperado para a sua faixa etária. O ASQ-3 identifica, geralmente, crianças que necessitam de avaliação e podem ser encaminhadas para outros serviços e as que não necessitam, comparando o resultado com os pontos de corte do ASQ-3.

Fase II – Preparação, organização e gestão do programa de rastreio

Esta fase contém cinco etapas para organização, desenvolvimento e gestão do programa de rastreio/monitorização: criar um sistema de gestão; preparar os questionários; desenvolver formulários, cartas e o guia de encaminhamento; articular políticas e procedimentos de rastreio; providenciar treino e suporte aos profissionais.

Criar um sistema de gestão pressupõe definir um programa eficiente, onde todas as etapas se encontram bem delineadas e incluem: a preparação de um ficheiro para cada criança (em papel ou eletrónico); a criação de uma lista de crianças, que participarão no rastreio, e das atividades direcionadas de modo a assegurar que toda a informação necessária é recolhida; a criação do sistema para gerir a implementação do ASQ-3, organizando um cronograma, como garantia de que os pais recebem o questionário e o preenchem atempadamente; a seleção de um sistema para distribuição dos questionários, uma vez que o método utilizado irá influenciar a sua distribuição e preenchimento.

Os questionários ASQ-3 podem ser fotocopiados de acordo com as normas da editora. Cada questionário está identificado com o intervalo de idade a que se refere, de modo a facilitar a sua utilização. Os profissionais devem definir o questionário para cada uma das crianças a rastrear com base na sua data de nascimento e no número de semanas de gestação.

No caso de o programa prever a partilha de resultados com outros serviços, após a devida autorização escrita por parte dos pais, a folha de sumário apresenta informação completa acerca dos resultados do rastreio com o ASQ-3. Os serviços com quem podem ser partilhados os resultados necessitam conhecer o ASQ-3 para interpretarem os resultados de forma precisa.

A etapa seguinte – desenvolvimento de formulários, cartas e o guia de encaminhamento – é essencial para a operacionalização do programa. A obtenção de consentimento por parte da família é um pré-requisito para a participação no rastreio. As famílias devem possuir toda a informação necessária sobre o programa de rastreio e de monitorização para poderem dar o seu consentimento escrito. Após este *pro forma*, devem ter conhecimento dos procedimentos do programa através dos profissionais. Este será o momento em que os pais podem apresentar questões e tirar dúvidas acerca do programa para que o compreendam bem, assim como conhecer as opções disponíveis. O guia de

encaminhamento a elaborar deve conter uma lista dos serviços da comunidade a que os pais podem recorrer, caso disso haja necessidade ou quando os resultados do ASQ-3 apresentam a necessidade de avaliação.

A articulação de políticas e procedimentos de rastreio irá assegurar a operacionalização efetiva e eficiente do programa de rastreio/monitorização para que este seja válido e confiável. O serviço envolvido no rastreio pode criar um cronograma, como o apresentado na figura 12, que delinea e descreve as etapas do programa, identificando o responsável por cada uma delas.

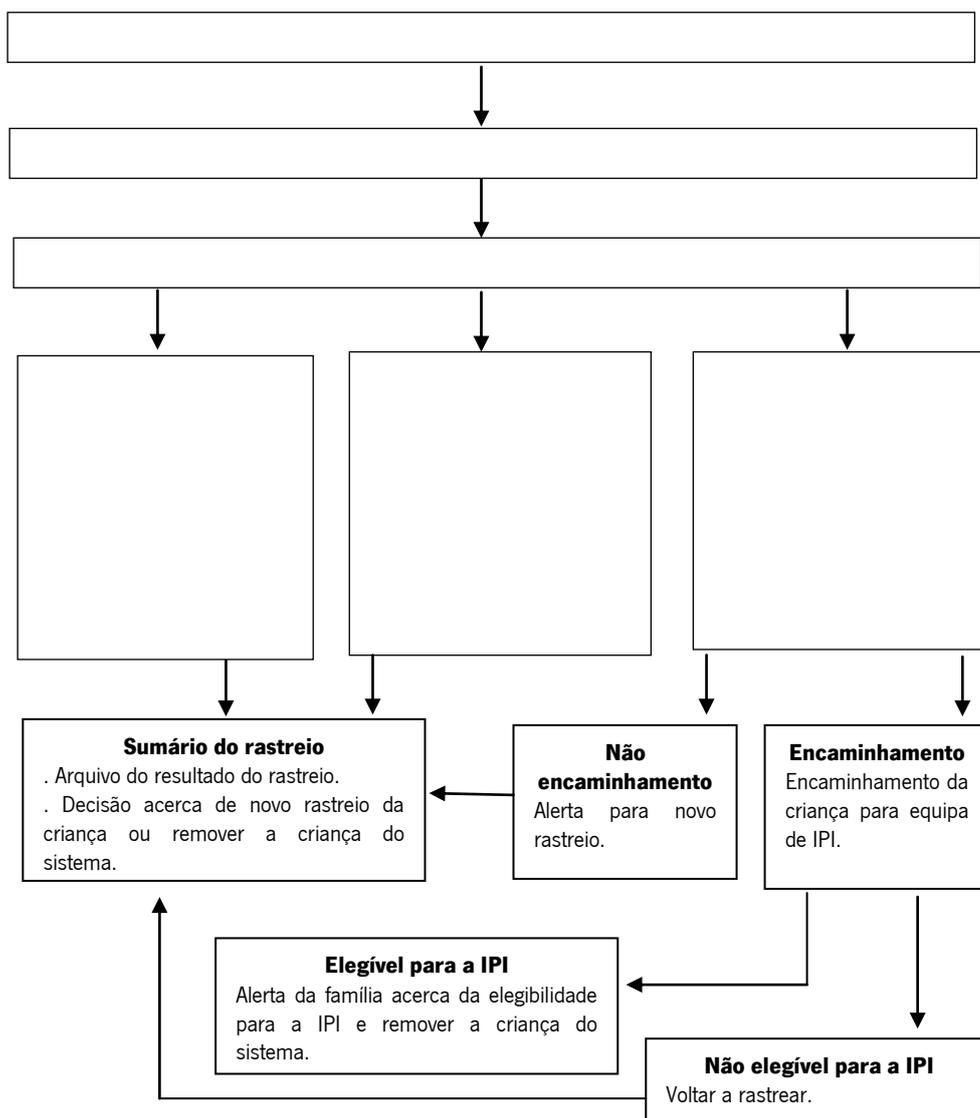


Figura 12 – Exemplo de cronograma do sistema ASQ-3

(Adaptado de Squires et al., 2009, p.62)

Na etapa final desta fase, deve ser proporcionado treino e suporte aos profissionais. O rastreio e monitorização com o ASQ-3 pressupõe conhecimento das finalidades e das limitações de um rastreio,

de competências de comunicação, da capacidade de perceber quais os fatores que podem influenciar o desempenho de uma criança e o conhecimento dos recursos da comunidade de modo a ser feito o encaminhamento adequado.

Os utilizadores do ASQ-3 devem ler o Manual do Utilizador e considera-se importante que, pelo menos, um dos profissionais possa ter uma sessão de formação para conhecer aprofundadamente o programa e aceder ao material de suporte.

Fase III – Administração e cotação do ASQ-3 e acompanhamento

A terceira fase inclui as sete etapas necessárias à administração e cotação dos questionários e a definição de orientações para o encaminhamento, nomeadamente a seleção do questionário apropriado, a preparação do material necessário, o apoio aos pais no momento do preenchimento, a cotação do ASQ-3 e a revisão da secção de generalidades, a interpretação dos resultados obtidos, a determinação do tipo de encaminhamento e a comunicação dos resultados às famílias.

Para selecionar o questionário adequado é necessário conhecer a data de nascimento da criança e ajustar a idade para prematuridade, caso a criança tenha nascido 3 ou mais semanas antes da data prevista e ter idade inferior a dois anos. Este ajuste permite ter a certeza de que é utilizado o questionário correto.

O ASQ-3 pode ser utilizado em diferentes ambientes e há itens nos questionários que requerem material específico para observar o desempenho da criança. Por vezes o material não está disponível em determinados ambientes sendo necessário prever essas situações para que o questionário seja preenchido com sucesso.

Com o intuito de perceber qual o apoio necessário a dar aos pais aquando do preenchimento do questionário, os profissionais devem num primeiro momento dar informações acerca do sistema de rastreio e monitorização. Assim, a família deverá conhecer o propósito do rastreio e o sistema ASQ-3. Durante esta apresentação aos pais, é importante explicar que o ASQ-3 demonstra o que a criança consegue fazer. O rastreio com este instrumento deve ser uma experiência positiva entre pais e criança pois existe uma participação ativa dos progenitores no desenvolvimento da criança. No entanto, há pais que se sentem desconfortáveis com essa participação, sendo uma das razões o receio de que a criança seja rotulada. A forma como o sistema é apresentado aos pais é, por isso, de extrema importância.

Os pais devem obter orientação para o preenchimento do questionário, se sentirem essa necessidade, e ver, em conjunto com os profissionais, a lista de pontos a lembrar que se encontram na primeira folha do questionário. Descrever de forma breve as áreas de desenvolvimento e os itens do

questionário para cada uma dessas áreas, a secção de aspetos gerais, bem como as possibilidades de resposta (sim, às vezes e ainda não) para cada questão, poderá ser também uma ajuda.

Os profissionais podem colaborar com os pais no preenchimento do questionário, se os pais assim sentirem necessidade. Pais e profissionais, em conjunto ou separadamente, observam a criança e/ou criam oportunidades para que ela demonstre as suas capacidades, preenchendo depois o questionário. Após o preenchimento, os profissionais reúnem com os pais, tendo presentes os questionários preenchidos, e analisam as respostas dadas para as áreas de desenvolvimento. Desta forma conseguem verificar-se as diferenças observadas por pais e profissionais. É importante ter sempre presente que a criança pode demonstrar, em casa, capacidades que ainda não foram observadas noutros contextos. Aos pais cabe a decisão sobre a resposta final a cada item. Com a cotação do questionário, os intervenientes irão perceber quais as áreas fortes da criança e conhecer as preocupações acerca do desenvolvimento e do comportamento, assim como o resultado do rastreio, tomando decisões acerca da etapa seguinte (atividades de acompanhamento, encaminhamento).

O ASQ-3 pode também ser respondido pelos pais enquanto esperam pela consulta de saúde infantil ou de pediatria da sua criança, devendo ter acesso a todo o material necessário. Idealmente poderia ser criado um espaço para o preenchimento que fosse confortável, privado, calmo e com espaço para a criança brincar com os materiais e mostrar as suas capacidades. Um profissional estaria designado para auxiliar os pais, direcionando-os para a sala e, em caso de necessidade, ajudá-los no preenchimento do questionário ao ler ou interpretar as questões e a perceber as competências da criança. A partilha do resultado do rastreio com o médico de família, ou com o pediatra, permitirá a este reforçar, junto da família, as aquisições que a criança já realizou. Quando é necessário realizar um encaminhamento, este será abordado pelo profissional de saúde com a família e deve ser obtido o consentimento para a referência. A maioria dos rastreios às crianças indicará um desenvolvimento dentro do esperado, o que implicará um tempo reduzido por parte dos profissionais para abordar as questões de desenvolvimento.

Após o preenchimento do questionário, um profissional irá fazer a cotação tendo em conta alguns procedimentos: o questionário deve ser revisto pois pode haver itens não preenchidos; corrigir itens específicos, identificados com asterisco e respondidos com 'ainda não' ou 'às vezes', que existem em alguns questionários, quando a criança já consegue realizar itens mais difíceis; cotar cada item do questionário; somar os pontos para cada área de desenvolvimento; transferir o valor total de cada área para a folha de sumário; colocar as respostas para cada item no quadro da zona inferior da folha de sumário; ler com atenção as respostas da secção de generalidades.

Após a cotação do questionário e a sua revisão, cabe ao profissional interpretar os resultados pela observação do gráfico de barras com o valor total de cada área de desenvolvimento e ao tomar conhecimento das preocupações apresentadas pelos pais na secção de generalidades. De acordo com os resultados colocados na folha de sumário, é delineado o encaminhamento necessário.

A última etapa é comunicar aos pais o resultado do rastreio. Esta partilha, que reflete a necessidade de encaminhamento para avaliação, pode ser uma conversa sensível de tratar. Os profissionais devem preparar cuidadosamente esta abordagem, pois os pais podem reagir defensivamente ou ficar zangados. Ao serem apresentados os resultados é importante perceber se existiram fatores influenciadores no desempenho da criança, tais como: a oportunidade para experimentar as atividades, fatores biológicos ou de saúde, fatores culturais e fatores ambientais. No final desta conversa, os pais devem também ter informação acerca do local onde poderão realizar a avaliação de desenvolvimento.

Fase IV – Avaliação do programa de rastreio/monitorização

Esta última fase compreende duas etapas e pretende avaliar o progresso e a eficácia do programa de rastreio/monitorização.

Para a avaliação do programa de rastreio e monitorização foi desenvolvida uma folha de implementação do progresso com vista a ajudar os profissionais a monitorizar, de forma eficiente, as diferentes fases e etapas do programa. Este documento serve de orientação durante o início do programa e na implementação das suas primeiras etapas. Posteriormente poderá ser útil para revisão da implementação de todo o programa.

De modo a avaliar a eficácia do programa e dos seus procedimentos, os autores recomendam obter o feedback dos pais e das pessoas que utilizam os questionários, e recolher também informação sobre a eficácia dos questionários na precisão da identificação de crianças que necessitam de avaliação.

4.4. Estudos sobre ASQ

Na pesquisa realizada sobre os estudos sobre ASQ, centrámo-nos naqueles efetuados com famílias e profissionais de saúde e de educação em diversos países, discriminados abaixo.

Tailândia

O estudo desenvolvido por Saihong (2009) com o intuito de investigar a confiança e a utilidade do ASQ. Debruçamo-nos especificamente sobre esta segunda finalidade. A investigadora pretendeu conhecer o grau de satisfação dos pais ou cuidadores e de profissionais de educação acerca do rastreio com o ASQ. Profissionais e famílias consideraram que este instrumento era fácil de compreender e de preencher, e era culturalmente apropriado. Para além disso, o preenchimento do questionário trouxe às famílias conhecimento acerca do desenvolvimento infantil. Como sugestão, os participantes manifestaram que o ASQ deveria ser utilizado nos contextos educativos, no início da sua frequência pelas crianças.

África do Sul

Abdoola (2015) pretendeu examinar a adequação e a utilidade da tradução do ASQ (questionário dos 60 meses) do inglês para o idioma e a cultura hindi, representados na África do Sul. O questionário ASQ foi preenchido por pais de 15 crianças sul-africanas de origem indiana, que frequentavam jardim de infância. De acordo com as percepções dos pais, concluiu-se que: o questionário era fácil de preencher; as questões estavam bem elaboradas; as imagens e os exemplos fornecidos ajudaram a um preenchimento mais rápido e preciso; a maioria demorou entre 20 a 40 minutos no preenchimento. Um pequeno número de pais desconhecia alguns conceitos, o que dificultou uma resposta precisa a algumas questões. A maioria referiu ter-se sentido desconfortável perante atividades que as suas crianças ainda não conseguiam fazer, uma vez que as dificuldades de desenvolvimento são vistos de forma negativa pelos membros da comunidade. No entanto, salientaram que não removeriam essas questões dos resultados por se tratarem de itens importantes que necessitavam de atenção na promoção do desenvolvimento das suas crianças.

Estados Unidos da América

Hix-Small, Marks, Squires e Nickel (2007) realizaram um estudo com 1428 pais e cuidadores de crianças com 12 e 24 meses com vista a verificar a eficácia da utilização do Ages and Stages Questionnaires em consultas de pediatria de rotina (em consultório ou em domicílio). Os investigadores perceberam que a utilização deste instrumento retirava pouco tempo aos profissionais durante a consulta, que uma pequena percentagem de pais (3,4%) revelou necessidade de ajuda no preenchimento e que houve um aumento de 224% de encaminhamentos de crianças em comparação com os anos anteriores. Os resultados obtidos sugeriram que os médicos apresentam maiores

dificuldades na identificação de crianças mais novas e/ou podem optar por aguardar pela consulta seguinte para validar a sua percepção. Uma vez que a sala de espera de um consultório pode não ser o local ideal para as famílias preencherem o questionário, surgiram as seguintes alternativas: o envio para casa, a fim de ser respondido antes da consulta; a necessidade de existência de um local calmo no consultório médico onde os pais pudessem proceder ao seu preenchimento, com o objetivo de o resultado do rastreio ser conhecido ainda durante a consulta.

Thomas, Cotton, Pan e Ratliff-Schaub (2012) pretenderam comparar a detecção de problemas de desenvolvimento entre os processos de vigilância e de rastreio de desenvolvimento num centro de atendimento primário. Para a vigilância, foi utilizado um conjunto de questões de desenvolvimento, desenvolvido pelos profissionais, que refletiam marcos de desenvolvimento baseados no *Denver Developmental Screening Test*, associado ao levantamento de preocupações parentais. No rastreio, foi utilizado o ASQ-3, sendo preenchido pelos pais, enquanto aguardavam pela consulta. Durante a vigilância, os critérios das decisões médicas não foram uniformes, apesar de as questões utilizadas serem as mesmas para cada faixa etária. A maioria das crianças, cujo desenvolvimento apresentava preocupações identificadas na vigilância, obteve um resultado de monitorização ou necessidade de avaliação no ASQ. Com este instrumento foi identificado um número superior de crianças. Os investigadores concluíram que o estudo desenvolvido fundamenta as recomendações da American Academy of Pediatrics (2006) sobre a realização de rastreio formal de desenvolvimento, periodicamente, associado à vigilância de desenvolvimento. A utilização de um instrumento formal aumenta a probabilidade de identificação precoce de crianças com problemas de desenvolvimento em relação a uma vigilância sistemática.

Um estudo desenvolvido por Morelli e colaboradores (2014) com a participação de pais e de pediatras em grupos focais, antes da implementação de um programa de rastreio de desenvolvimento concluiu que: os pais pretendiam uma maior participação no desenvolvimento infantil e um aumento de tempo com os médicos; estes não apresentavam grande grau de confiança nas percepções dos pais sobre o desenvolvimento das suas crianças; os profissionais preferiam utilizar a sua acuidade clínica em detrimento de instrumentos de rastreio; e os médicos não apresentavam tempo nem formação para realizar um rastreio. Com a realização posterior do rastreio de desenvolvimento, sendo um dos instrumentos utilizados o ASQ-2, 99% dos pais não apresentou dificuldades no preenchimento do questionário de rastreio, 98% referiu que o rastreio abrangia áreas de desenvolvimento infantil importantes e 88% dos pais sentiu-se capacitado acerca das limitações e forças das suas crianças.

Sikkila (2018) desenvolveu um projeto de melhoria de qualidade através da implementação de um protocolo de práticas baseadas em evidências para a utilização do ASQ-3 numa unidade de cuidados de saúde primários com o intuito de ser realizado rastreio de desenvolvimento nas idades apropriadas, segundo as recomendações da American Academy of Pediatrics (9, 18 e 24 meses), e de melhorar o fluxo de trabalho com a formação do pessoal administrativo sobre as suas responsabilidades, o ASQ-3 e o processo de referenciação. Os questionários foram entregues pelos administrativos aos pais e estes preenchiam-nos podendo, em caso de dúvidas, recorrer aos profissionais. Após o preenchimento, os questionários eram cotados pelos profissionais de saúde antes da consulta para que, durante a sua realização, fossem apresentados os resultados. Com a implementação deste protocolo verificou-se um aumento do número de crianças rastreadas e um encaminhamento precoce para a IPI devido à melhoria do fluxo de trabalho. Sem este protocolo nem todas as questões de desenvolvimento teriam sido identificadas e, devido à mudança de fluxo de trabalho, foi possível realizar rastreio às crianças com 18 e aos 24 meses, assim como diminuir o número das que não eram rastreadas nas idades apropriadas.

Reino Unido

McKnight (2014) descreveu o estudo desenvolvido no NHS South of Tyne and Wear, que tinha como finalidades a descrição dos processos da utilização do ASQ-3 nas consultas de saúde infantil e a obtenção, junto de uma amostra de famílias, de feedback da utilização deste instrumento. Os pais, que referiram ter tido informação suficiente sobre o ASQ, consideraram este instrumento mais fácil de preencher, pelo que se concluiu que a experiência foi tanto mais positiva quanto melhor foi a explicação fornecida pelo médico. Para 83% das famílias, o questionário foi fácil de preencher. Com o preenchimento do questionário, a maioria dos pais teve uma maior perceção das capacidades das suas crianças e refletiu sobre o desenvolvimento delas. As desvantagens apresentadas prenderam-se com o tempo de preenchimento, alguma da linguagem utilizada e a sua compreensão.

O rastreio com o ASQ-3 foi implementado pelo Serviço Nacional de Saúde (National Health Service) no sentido de serem preparados, através de um programa de formação, os profissionais de saúde de Londres para a utilização deste instrumento de forma a ser introduzido na consulta de saúde infantil das crianças de 2 anos (Zur, 2015). A existência de um plano de formação sobre ASQ foi considerada essencial para que os profissionais estejam capacitados e se sintam seguros durante a sua utilização. Para que as famílias se envolvam no processo de rastreio, considerou-se importante a divulgação acerca da utilização do ASQ na comunidade.

França

Troude, Squires, L'Hélias, Bouyer e La Rochebrochard (2011) realizaram um estudo longitudinal para aferir a viabilidade de utilização do ASQ, traduzido para francês do Canadá, em crianças da população francesa, nascidas entre janeiro e fevereiro de 2006, com *follow-up* aos 12 e aos 36 meses. Os questionários foram enviados para casa e preenchidos pelas famílias com um retorno de 79%, sendo que destes a grande maioria aceitou ser contactada no futuro (96%) e pretender receber os resultados do rastreio (98%). Os investigadores concluíram que a participação das famílias foi elevada e que os pais gostaram de participar no rastreio. Estes resultados podem ser, em parte, relacionados com as características dos participantes do estudo, onde o nível académico das mães era superior à população geral e a situação financeira dos casais era boa. No entanto, o número de questionários respondidos não apresentava diferença significativa quanto ao grau de escolaridade das mães.

Brasil

Fioravanti-Bastos, Filgueiras e Moura (2016) desenvolveram um estudo com 28 educadoras de infância de seis creches que tinham já participado no projeto de validação do ASQ-BR com os objetivos de avaliar as crenças das profissionais sobre desenvolvimento e as características do instrumento. Os resultados obtidos indicam que, estas profissionais sentiram alguns constrangimentos, nomeadamente: a falta de adequação do instrumento à realidade do ambiente de creche; a falta de conhecimento do instrumento; o tempo de aplicação, a relevância das perguntas; e a adequação das áreas de desenvolvimento rastreadas. As profissionais consideraram que o ASQ era um bom instrumento com indicadores relevantes, mas poderiam estar mais associados ao trabalho desenvolvido por psicólogos ou psicopedagogos. Os investigadores concluíram que o ASQ-BR é uma opção para ser utilizado no rastreio de desenvolvimento infantil, desde que reformulado para contextualizar das questões à realidade das creches brasileiras.

Della Barba, Rizzo e Serrano (2015) realizaram um estudo qualitativo com 100 pais ou cuidadores de crianças entre os 6 e os 60 meses com o intuito de entenderem como é que os pais percecionam o desenvolvimento dos filhos e se envolvem neste processo, tendo como referência a utilização do ASQ-BR, versão brasileira do ASQ-3. Com este estudo concluiu-se que o ASQ-BR permite o envolvimento dos pais no processo de identificação de problemas de desenvolvimento e a participação na tomada de decisões sobre a sua criança, assim como lhes dá conhecimento acerca de

desenvolvimento infantil e capacita-os sobre as capacidades adequadas da criança numa determinada faixa etária.

No que diz respeito a pesquisas com profissionais de educação, Della Barba, Mazak, Miyamoto e Ramos (2018) realizaram um estudo sobre a aplicação do ASQ-BR por educadores e o envolvimento dos pais no processo. O estudo teve a participação de 19 educadores, 90 pais e responsáveis. Os resultados demonstraram que os profissionais de educação apresentaram capacidades para aplicar o ASQ-BR e aumentaram a sua compreensão acerca de desenvolvimento. A utilização deste instrumento fomentou também a partilha de informação acerca de desenvolvimento infantil e do quotidiano da criança, entre os profissionais e os pais, intensificando a sua relação.

Portugal

Ruivo (2011) realizou um estudo quantitativo que pretendeu comparar os resultados do rastreio do ASQ preenchido pelos pais com os do mesmo efetuado pelas educadoras. Concluiu que o ASQ é de fácil compreensão (pais com baixa escolaridade conseguem preenchê-lo) e de fácil administração. Os itens dos questionários podem ser observados nas rotinas da família, o que permite diminuir, nos pais, o stresse que poderá ser gerado pela realização de uma avaliação à sua criança. A existência de concordância entre os resultados dos pais e das educadoras teve como limitação o número reduzido de participantes no estudo (45), no entanto, as áreas Pessoal e Social e Motricidade Fina apresentaram correlações moderadas. As educadoras referiram que o rastreio com o ASQ confirmou algumas das dúvidas, que já tinham previamente identificado, relativas a áreas específicas do desenvolvimento das crianças.

4.5. ASQ-PT

Em Portugal, o ASQ-3 já se encontra traduzido, aferido e adaptado para a população infantil e denomina-se ASQ-PT (Lopes, Graça, Teixeira, Serrano, & Squires, 2015).

Das investigações realizadas, Lopes (2013) efetuou o estudo com os questionários de idades compreendidas entre os 1 e 12 meses - o seu foco foram os questionários dos 2, 4, 6, 8, 9, 10 e 12 meses - apresentando os dados de uma amostra de 441 crianças. Teixeira (2013) efetuou o estudo com os questionários dos 14, 16, 18, 20, 22, 24 e 27 meses, para crianças com idades compreendidas entre os 14 e 27 meses, com dados recolhidos de uma amostra de 541 crianças. Graça (2013) efetuou o estudo com os questionários de idades compreendidas entre os 30 e 66

meses, focando a sua investigação nos questionários dos 30, 33, 36, 42, 48, 54 e 60 meses, com dados de uma amostra de 926 crianças. As amostras destes estudos procuraram ser representativas da população infantil de todo o território geográfico português.

As medidas psicométricas calculadas, de fidelidade e de validade da versão traduzida do ASQ, incluíram, respetivamente, estudos de consistência interna pelos valores de alpha de Cronbach e de r de Pearson ou Rho de Spearman, teste-reteste e acordo interobservadores (fidelidade) e a análise fatorial e os estudos comparativos em amostra de risco e com amostra em acompanhamento terapêutico (validade).

No que diz respeito aos estudos de consistência interna, Lopes (2013) verificou que quase todas as dimensões dos sete questionários apresentavam valores bons a razoáveis; o questionário dos 4 meses apresentava valores abaixo do razoável nas dimensões comunicação, motricidade global e pessoal-social; no questionário dos 10 meses todos os valores obtidos foram razoáveis ou bons; e a comunicação foi a dimensão que exibia uma maior fragilidade. Teixeira (2013) concluiu que a dimensão comunicação em todos os questionários se encontrava acima do nível razoável: os questionários dos 14, 16 e 18 meses apresentavam valores de consistência acima do aceitável em todas as suas dimensões; e as dimensões pessoal-social e resolução de problemas evidenciavam maiores fragilidades. Por sua vez, Graça (2013) apurou que: a análise da consistência interna revelou algumas dificuldades, que podem ser explicadas pelo reduzido número de itens para cada dimensão e questionário e pela idade das crianças; a dimensão pessoal-social foi a que apresentou valores mais baixos, com exceção do questionário dos 48 meses onde se destacou a resolução de problemas; a dimensão motricidade fina apresentou valores razoáveis em todos os questionários.

As três investigadoras procederam também à análise temporal e do acordo entre observadores, verificando que estes apresentavam bons indicadores de estabilidade. Quanto à análise temporal foram obtidos, com testes preenchidos com intervalo de duas semanas, níveis de estabilidade positivos. Do acordo entre observadores, nos três estudos realizados, foi possível perceber que, na sua maioria, existiu uma concordância entre as respostas obtidas por pais e profissionais. Estes resultados validam o conhecimento que os pais apresentam acerca da sua criança e da importância do seu envolvimento de forma ativa no rastreio.

Na análise fatorial, não foram realizados estudos de validade concorrente uma vez que não existem instrumentos validados para a população infantil portuguesa. Para a validade clínica foram desenvolvidos estudos com crianças sem fatores de risco e crianças com pelo menos um fator de risco. Os resultados obtidos na amostra com fatores de risco apresentaram médias mais baixas, para

todas as dimensões e questionários, do que a amostra sem esses fatores com exceção da dimensão resolução de problemas no questionário dos 30 meses.

No estudo desenvolvido com crianças em acompanhamento terapêutico, os resultados permitiram concluir que: toda a amostra seria identificada através do rastreio com o ASQ-PT; todos os elementos apresentaram, de forma significativa, médias mais baixas que as obtidas no estudo da população portuguesa; a amplitude de resposta em todas as dimensões obteve valores mais baixos.

Ao analisar os pontos de corte normativos dos estudos desenvolvidos com os do instrumento original, Lopes (2013) apurou que os pontos de corte do seu estudo foram consistentemente inferiores, com pequenas exceções nas dimensões comunicação nos questionários dos 9 e 12 meses, resolução de problemas nos questionários dos 4 e 8 meses e pessoal-social no questionário dos 9 meses. Por seu lado, Teixeira (2013) verificou que 76% foram mais baixos e 24% mais elevados na versão portuguesa dos questionários. Quanto ao estudo de Graça (2013) os resultados obtidos são contrários aos anteriores pois 24,3% dos pontos de corte foram inferiores e 75,7% são superiores aos do instrumento original, o que pode ter sido causado pela diversidade cultural ou pela frequência da educação pré-escolar, trazendo uma influência positiva no desenvolvimento das crianças.

De acordo com Lopes (2013), Salete (2013) e Teixeira (2013), os resultados dos seus estudos de aferição demonstraram que o ASQ-PT (2 aos 60 meses) preenche os requisitos de um instrumento de rastreio validado para a população portuguesa, permitindo a identificação precoce das crianças com problemas de desenvolvimento. As investigadoras concluíram ainda que as crianças com risco estabelecido são mais facilmente identificadas, e encaminhadas para os serviços necessários, pelos profissionais de saúde. Contrariamente, surgem, de forma mais tardia, nos serviços especializados, crianças com risco ambiental, que parecem ser mais difíceis de identificar.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

O presente capítulo pretende descrever a metodologia utilizada para conhecer as percepções de profissionais de Intervenção Precoce, de saúde e de educação, e de pais acerca da utilização do ASQ-PT no rastreio de desenvolvimento e na identificação precoce de crianças com problemas de desenvolvimento, em particular as que beneficiassem de encaminhamento para a IPI. Para tal, apresentamos inicialmente o desenho da investigação, seguido da descrição dos procedimentos desenvolvidos ao longo do estudo e finalizamos com a caracterização dos participantes.

1. Desenho da investigação

Esta investigação teve como ponto de partida os estudos desenvolvidos por Lopes (2013), Teixeira (2013) e Graça (2013) para a realização da tradução, da aferição e da adaptação do ASQ-3 para a população infantil portuguesa. Dando continuidade a estes estudos, pretendeu-se conhecer a percepção dos profissionais, que têm um papel ao nível da prevenção primária – IPI, saúde e educação -, e de pais sobre o ASQ-PT e sobre o envolvimento da família no processo de rastreio. Considerámos, também, importante conhecer os procedimentos das ELI no processo de elegibilidade das crianças e suas famílias para o SNIPI. Salientamos o facto de este estudo ir ao encontro de uma recomendação feita por um representante do Ministério da Saúde na Comissão de Coordenação do SNIPI no sentido de conhecer a opinião dos profissionais acerca da utilização do ASQ-PT no processo de elegibilidade das crianças para o SNIPI e a sua pertinência ao nível da identificação precoce e do envolvimento dos pais.

Assim, realizou-se então um estudo de carácter qualitativo, sendo especificamente um estudo de caso descritivo e múltiplo.

A investigação qualitativa é uma abordagem sistemática que pretende estudar determinados indivíduos no seu contexto natural, a fim de aceder a conhecimentos sobre aprendizagens, resultados ou circunstâncias específicas desse mesmo contexto (Brantlinger, Jimenez, Klingner, Pugach, & Richardson, 2005; Denzin & Lincoln, 1994). Este é visto como “o conjunto das condições que caracterizam o espaço onde decorrem as acções e interações das pessoas que nele vivem” (Máximo-Esteves, 2008, p.87). O investigador acede a experiências e interações ocorridas numa comunidade,

dando espaço às particularidades aí existentes. Quando inicia a sua investigação, o investigador define o que pretende conhecer do contexto em causa, partindo da perspetiva das pessoas que aí estão envolvidas, e toma conhecimento das suas perceções sobre o ambiente onde se inserem.

O estudo de caso realizado foi um estudo de caso pois pretendeu investigar um fenómeno no seu contexto real, incidindo no particular, específico e singular (Stake, 2003). Este estudo de caso é descritivo porque descreve a intervenção e o contexto real onde ocorreu, de forma completa e detalhada (Merriam, 2009; Yin, 2009). É múltiplo porque se centrou em mais do que um caso, investigando vários aspetos do mesmo fenómeno, em condições e com características comuns, e implicando múltiplas fontes de dados, o que permitiu um conhecimento mais profundo sobre o fenómeno em estudo e a perceção de diferentes intervenientes.

2. Questões da investigação

As questões da nossa investigação têm por base os pressupostos teóricos apresentados anteriormente, bem como a nossa experiência enquanto profissional na área da IPI. Deste modo, considerámos importante saber:

- Quais as etapas que constituem o processo de elegibilidade das crianças para o SNIPI?
- Qual o envolvimento das famílias no processo de elegibilidade das crianças para o SNIPI?

Partindo do sistema ASQ original, pretendemos obter informação sobre a utilização do ASQ-PT por profissionais e por famílias. Assim, junto dos profissionais, foi nosso intuito perceber:

- Como é realizada a identificação de crianças com problemas de desenvolvimento?
- Que vantagens e desvantagens existem na utilização do ASQ-PT?
- Os profissionais valorizam o envolvimento ativo dos pais no rastreio com o ASQ-PT?
- Como se sentem os profissionais durante o processo de rastreio com o ASQ-PT?
- Que mudanças podem melhorar o sistema de rastreio ASQ em Portugal?

Com as famílias, considerámos pertinente obter o seguinte conhecimento:

- Todas as famílias conseguem responder ao questionário ASQ-PT?
- Que vantagens e desvantagens existem na utilização do ASQ-PT?
- As famílias estão interessadas em envolver-se ativamente no rastreio das suas crianças?

- O ASQ-PT traz conhecimento às famílias e capacita-as acerca das competências a desenvolver nas suas crianças?
- Como se sentem as famílias durante o processo de rastreio com o ASQ-PT?

3. Procedimentos

Este estudo desenvolveu-se em quatro etapas que descrevemos de seguida:

Etapa 1 – Pedido de autorização

Para ser possível a utilização do instrumento de rastreio de desenvolvimento ASQ-PT solicitámos autorização à editora Paul H. Brookes Publishing e às autoras da versão portuguesa do Ages and Stages Questionnaires: Patrícia Graça, Salete Teixeira e Sónia Lopes. Realizámos um contrato com a editora, pelo período de 5 meses para a utilização do ASQ-PT.

Para a realização do estudo com os diferentes profissionais e para a implementação do rastreio, obtivemos autorizações da Comissão de Ética da Universidade do Minho, Subcomissão de Ética das Ciências Sociais e Humanas (documento SECSH 008/2017) (anexo A) e da Comissão Nacional de Proteção de Dados (Autorização nº 10346/2017) (anexo B).

Desenvolvemos uma carta-tipo, solicitando os pedidos de autorização necessários, que foi utilizada sempre com a adequação às entidades contactadas (anexo C). Esta carta foi enviada por email.

No sentido de poder desenvolver a nossa investigação com profissionais das ELI, obtivemos autorização de três Subcomissões Regionais de Coordenação do SNIPI (Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo) e de três Equipas Locais de Intervenção, uma por área geográfica das Subcomissões Regionais.

A seleção das ELI foi feita de forma a incluir na amostra uma representatividade de várias regiões, sendo que previamente foram definidas 3 regiões do nosso país referentes a áreas geográficas das Subcomissões de Coordenação Regionais do Norte, do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo. O critério de inclusão das ELI, para a participação no estudo, foi a disponibilidade demonstrada por todos os profissionais na utilização do instrumento de rastreio.

Para a participação dos profissionais de saúde foram solicitadas autorizações de duas Comissões de Ética de Administrações Regionais de Saúde (anexos D e E) e de uma Unidade de Saúde

Local para realização do estudo nos Centros de Saúde (anexo F), da Direção de sete Centros de Saúde, da Direção do Serviço de Pediatria de um Centro Hospitalar e da Direção de dois Hospitais Privados.

O critério de inclusão destes profissionais foi o de exercerem funções como profissionais de saúde (médico de família, pediatra ou enfermeiro) na área de abrangência das ELI.

A fim de obter autorização para a participação dos profissionais de educação, desenvolvemos contactos com a Direção Geral de Educação (pedido de autorização do inquérito n.º 0597500002) (anexo G), assim como dez Agrupamentos de Escolas e trinta e uma instituições de educação (instituições privadas e instituições particulares de solidariedade social) com valência de creche e/ou jardim de infância.

O critério de inclusão destes profissionais foi o de exercerem funções em creche ou jardim de infância na área de abrangência das ELI.

Por motivos de preservação de anonimato dos participantes, apresentamos em anexo apenas os documentos de consentimento que não são passíveis de serem identificados.

Etapa 2 - Apresentação do estudo e do instrumento de rastreio aos profissionais das ELI e aos profissionais de saúde e de educação

Para realizar esta segunda etapa, foram agendadas apresentações com os profissionais das ELI, com os profissionais de educação e os profissionais de saúde no intuito de apresentar o estudo e o instrumento de rastreio ASQ-PT. Após a sua realização, os profissionais puderam manifestar a sua intenção ou não de participar no estudo.

Foram realizadas no total 24 apresentações, com a seguinte distribuição por áreas profissionais:

- 3 apresentações aos profissionais das ELI;
- 6 apresentações a profissionais de saúde;
- 15 apresentações a profissionais de educação de Agrupamentos de Escola, Instituições Particulares de Solidariedade Social e Instituições Privadas.

Obtivemos consentimento dos profissionais para realização do rastreio com o ASQ-PT em 4 centros de saúde, num hospital e em 12 instituições de educação.

A apresentação do estudo e do instrumento de rastreio foi realizada com suporte de PowerPoint e de material do ASQ-3 na sua versão original, nomeadamente o guia e os questionários, para que os profissionais tivessem contacto com alguns dos materiais utilizados neste programa de rastreio.

Etapa 3 – Recolha de dados

A nossa recolha de dados contou com 3 momentos distintos: uma entrevista inicial aos profissionais das ELI, o rastreio com o ASQ-PT e entrevistas aos profissionais e a famílias após o rastreio.

Para a recolha de dados foi solicitada autorização a todos os profissionais e às famílias que participaram na investigação – rastreio com o instrumento ASQ-PT e entrevista -, seguindo os procedimentos éticos do consentimento informado e garantia de anonimato dos participantes. Assim, cada profissional e cada família preencheu, de forma voluntária, o documento de consentimento informado para participação no estudo e na entrevista (Anexo H). O critério de inclusão das famílias compreender a identificação de ser mãe/pai de uma criança, com idade compreendida entre 1 mês e os 5 anos e 6 meses e que fosse rastreada com o ASQ-PT. A participação das famílias na entrevista foi voluntária e não era motivo de exclusão na realização do rastreio. A investigadora teve contacto direto apenas com as 18 famílias entrevistadas, não tendo contactado com as crianças rastreadas nem as restantes famílias.

A entrevista semiestruturada foi utilizada como instrumento na recolha de dados. Decidimos realizar dois tipos de entrevistas: uma de grupo, aos profissionais de cada ELI, instituição de saúde e de educação e outra de carácter individuais às famílias. Pretendemos, com esta técnica de recolha de dados, obter informação sobre o processo de rastreio com o ASQ-PT, sobre as crenças dos entrevistados e sobre a sua forma de atuação face a este assunto.

A entrevista é uma conversa controlada onde se pretende conhecer o ponto de vista de pessoas específicas acerca de temas delineados previamente. Pressupõe a existência de um processo de comunicação onde se recolhem opiniões, perceções e sentimentos dos indivíduos entrevistados (Hancock, 1998). A entrevista pode desenvolver-se entre duas pessoas ou com um grupo de pessoas.

O entrevistador tem, durante o processo de entrevista, um papel mais diretivo, pois é o orientador e o facilitador da conversa, encaminhando o seu desenrolar e tendo em linha de conta os objetivos a alcançar. Mas o entrevistador deve também ser flexível e objetivo, deve saber ouvir os entrevistados, procurar criar empatia com as pessoas que entrevista e observar e analisar as informações que os entrevistados vão apresentando (Hancock, 1998).

A entrevista semiestruturada tem como base um guião desenvolvido onde se encontram delineados os temas a abordar com todos os entrevistados. Apesar da existência desse guião, existe,

por parte do entrevistador, a possibilidade de introduzir outros temas que surjam durante a entrevista e que não tenham sido definidos previamente mas que podem enriquecer a informação que se pretende obter. Desta forma, o entrevistado expressa a sua opinião e, quanto mais envolvido estiver na entrevista, mais detalhadamente apresenta as suas perceções, reflexões e ideias acerca dos temas abordados (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006).

No que diz respeito à entrevista em grupo, esta é utilizada quando se pretende conhecer as perspetivas de um determinado grupo de pessoas, assim como compreender o seu funcionamento e as suas interações (Holstein & Gubrium, 1995). Neste tipo de entrevista, o entrevistador introduz as questões, fomenta o diálogo e a discussão entre o grupo, gere as intervenções e controla as pessoas mais dominantes, estimulando as mais reservadas a participar ativamente. Deve ainda estar atento aos padrões de interação que emergem dado que a cultura do grupo se sobrepõe, frequentemente, à opinião individual dos indivíduos. Deve, também, procurar que todos os elementos respondam às questões que irá apresentar, pois só desta forma entenderá a opinião de cada indivíduo integrante na conversa sobre o assunto a investigar. O papel do entrevistador será, então, o de gerir dinâmicas de grupo, cabendo-lhe ser tanto um entrevistador diretivo como o moderador da entrevista (Fontana & Frey, 1994).

A entrevista em grupo permite aos entrevistados sentirem-se mais estimulados e com vontade para participar. As suas respostas, por serem complementadas pelos parceiros de entrevista, são mais ricas e elaboradas, o que não se verificaria se as entrevistas fossem realizadas de forma individual. A interação criada, ou já existente entre os entrevistados, potencia a possibilidade de uma análise mais profunda dos conteúdos a desenvolver.

Para cada entrevista foi concebido um guião com o intuito de criar um fio condutor na recolha da informação necessária ao estudo. Assim, desenvolvemos guiões para a entrevista inicial aos profissionais das ELI (anexo I), e para as entrevistas realizadas aos profissionais (IPI, saúde e educação) (anexos J, L e M) e às famílias (anexo N), após o rastreio com o ASQ-PT.

No primeiro momento de recolha de dados, e após a aceitação por parte dos profissionais das três ELI, foram realizadas as entrevistas de grupo iniciais. Foi nosso intuito conhecer o processo de elegibilidade das crianças para a ELI de acordo com as etapas estabelecidas por Carvalho et al. (2016): primeiros contactos e avaliação. Desta forma, conseguimos perceber o funcionamento das três ELI e quais as semelhanças ou diferenças que apresentam durante este processo inicial da criança e da família na IPI.

As famílias que participaram no estudo foram identificadas pelos profissionais das ELI, de Saúde e de Educação que colaboraram na investigação. Para esse efeito, foram entregues declarações de consentimento aos profissionais para serem preenchidas pelos pais cujas crianças seriam rastreadas com o ASQ-PT. As declarações de consentimento dos pais foram recolhidas pelos profissionais das ELI e de educação e entregues à investigadora. Nelas deveria constar, obrigatoriamente, a data de nascimento das crianças com o propósito de os pais receberem os questionários de rastreio. Os profissionais de saúde optaram por fornecer primeiro à investigadora a lista com as datas de nascimento das crianças a serem rastreadas e, assim, terem acesso aos questionários e às declarações de consentimento. Estes questionários só foram cotados mediante a entrega do consentimento escrito.

Através de contactos telefónicos e/ou por email com os profissionais, procurámos perceber como estava a decorrer a aceitação das famílias na participação no estudo e o preenchimento dos questionários. Estes foram posteriormente recolhidos e cotados por nós, sendo as folhas de sumário entregues e explicados os resultados, pessoalmente ou por escrito, aos profissionais a fim de que estes os pudessem apresentar o resultado aos pais.

Foram entregues 278 questionários aos profissionais e foram cotados 254 (91,4%). Do total recolhido, foram identificados 24 questionários (8,6%) sem preenchimento. Os resultados não foram alvo de análise nesta investigação.

Foi definido que, para as crianças cujo resultado do rastreio se encontrava na área cinzenta – zona de monitorização –, seria entregue a lista de atividades prevista no sistema ASQ, utilizando-se o livro “ASQ-3 Actividades de aprendizaje: ASQ-3 Learning Activities in Spanish” (Twombly & Fink, 2013). Para tal, foram traduzidas e adaptadas, em algumas faixas etárias, as atividades das áreas de desenvolvimento: motricidade global, motricidade fina, comunicação, resolução de problemas e área pessoal e social.

Após o rastreio com o ASQ-PT, realizámos entrevistas aos profissionais das ELI, aos profissionais de saúde, aos profissionais de educação que participaram no estudo, e também a famílias cujas crianças foram rastreadas com o ASQ-PT e que consentiram a realização de entrevista. Para cada instituição de educação, de saúde e ELI, foi realizado um procedimento aleatório através de sorteio para definir a família a ser entrevistada. Em duas ELI, não foram realizadas entrevistas a famílias, uma vez que a ELI Centro não utilizou os questionários e na ELI Norte não foram consentidas autorizações das famílias para a realização da entrevista.

As entrevistas foram agendadas, por contacto telefónico ou via correio eletrónico, e ocorreram de forma presencial num espaço físico selecionado pelos participantes, e realizadas num único momento. Durante as entrevistas a investigadora registou a informação obtida num caderno de notas ou em áudio.

As entrevistas aos profissionais das ELI, aos profissionais de saúde e aos profissionais de educação foram realizadas em grupo em cada instituição de educação e de saúde, e em cada ELI. Procurámos compreender como foi preparado o rastreio, nomeadamente: qual o papel desempenhado por profissionais e pelos pais; como foi utilizado o ASQ-PT; qual o envolvimento dos pais no preenchimento do questionário; qual o interesse e a compreensão dos pais acerca do ASQ-PT.

A entrevista às famílias, cujas crianças foram rastreadas com o ASQ-PT, foi realizada com o intuito de obter uma perspetiva da sua perceção sobre o decorrer do processo de rastreio, quais os seus sentimentos face ao desenrolar do processo, qual o seu envolvimento durante o rastreio da sua criança e o seu conhecimento e capacitação durante a utilização do ASQ-PT.

As entrevistas foram realizadas com gravação de som, mediante autorização dos presentes. Um grupo de profissionais de saúde não autorizou a gravação, tendo sido redigidas notas sobre a informação fornecida.

Todas as entrevistas foram enviadas aos profissionais e às famílias, após a transcrição, para verificação da informação recolhida, conseguindo-se assim averiguar o seu consentimento sobre o conteúdo da entrevista e se as transcrições transmitiam as suas perceções.

Etapa 4 – Análise dos dados

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas com a finalidade de ser efetuada uma análise posterior de conteúdo dos dados obtidos, que nos permitiu chegar a temas, categorias e subcategorias.

Foram realizadas entrevistas a 18 famílias, no entanto, aquando da sua análise, verificou-se que havia saturação de dados (Denzin & Lincoln, 1994), isto é, considerou-se que havia repetição de dados, pelo que optámos não incluir 4 entrevistas.

Pretendemos, então, compreender se a perceção dos profissionais das ELI e dos pais portugueses ia ao encontro das investigações realizadas noutros países onde o instrumento ASQ se encontra igualmente validado, corroborando-as, para que a futura utilização deste instrumento em Portugal possa ser uma mais-valia na identificação e despiste de crianças com problemas de desenvolvimento.

4. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes do nosso estudo são profissionais de três ELI, profissionais de saúde de centros de saúde e do serviço de pediatria de um hospital, profissionais de educação de instituições de educação com valência de creche e/ou jardim de infância e famílias de crianças rastreadas com o ASQ-PT.

De seguida, fazemos uma caracterização descritiva dos participantes, por áreas profissionais, e das famílias envolvidas no rastreio das crianças com o ASQ-PT.

Profissionais da ELI

As três ELI que participaram no nosso estudo são constituídas por profissionais de diversas áreas e provenientes dos três Ministérios de atuação coordenada do SNIPI, tal como apresentado na tabela 1.

A ELI Norte é constituída por 12 profissionais, a ELI Centro por 8 profissionais e a ELI Lisboa e Vale do Tejo por 12 profissionais.

A constituição das ELI varia de acordo com a proveniência do Ministério que aloca os diferentes profissionais das diferentes áreas. Assim, podemos perceber que o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social não promoveu contrato de associação com IPSS da área geográfica da ELI Norte para contratação de profissionais terapeutas. Nesta ELI os profissionais que a integram pertencem aos Ministérios da Saúde e da Educação.

As ELI Centro e Lisboa e Vale do Tejo não integram médicos na sua constituição. A ELI Centro possui um fisioterapeuta em regime de chamada, ou seja, apesar de ser um elemento da ELI, apenas participa nas reuniões de equipa, ou está presente em momentos específicos de avaliação ou em visitas conjuntas a crianças e suas famílias, quando solicitado. Os dados de caracterização deste profissional não são apresentados pelo motivo atrás descrito e porque este elemento não teve participação ativa neste estudo.

Os dados referentes ao tempo de serviço da Enfermeira 4 da ELI Norte não foram recolhidos, uma vez que esta não esteve presente na entrevista e foi efetuada uma mudança de profissional durante o período de recolha de dados.

Tabela 1 – Constituição das ELI por Ministérios

Constituição ELI Ministério	ELI Norte	ELI Centro	ELI Lisboa e Vale do Tejo
Saúde	1 Médica 4 Enfermeiras 2 Psicólogas 2 Assistentes Sociais	2 Enfermeiras	1 Enfermeira
Educação	3 Educadoras de infância	2 Educadoras de infância	3 Educadoras de infância
Trabalho, Solidariedade e Segurança Social		1 Psicóloga 1 Assistente Social 1 Terapeuta da Fala 1 Fisioterapeuta (regime de chamada)	1 Psicólogo 2 Assistente Social 2 Terapeutas da Fala 1 Terapeuta Ocupacional 1 Psicomotricista 1 Fisioterapeuta

No que diz respeito a outras formações realizadas pelos profissionais da ELI Norte, verificamos na tabela 2 que a maioria dos profissionais possui formações complementares de pós-graduação, especialização e mestrado.

Quanto a formação na área da IPI, cinco dos profissionais realizaram formação nesta área e uma das enfermeiras especificou ter formação sobre EBR, isto é, entrevista baseada nas rotinas.

A entrevista baseada nas rotinas é uma entrevista semiestruturada, conduzida por um profissional e realizada às famílias, onde se pretende obter uma descrição, o mais detalhada possível, do funcionamento da criança e da família nas rotinas diárias com o intuito de obter objetivos funcionais que estarão na base da intervenção (McWilliam, 2012). A sua realização promove também a criação de uma relação positiva entre a família e o profissional.

Tabela 2 – Formação complementar dos profissionais da ELI Norte

ELI Norte	Outras formações	Formação em IPI
Enfermeira 1	Pós-graduação em Cuidados Continuados Mestrado e Especialidade em Enfermagem Comunitária	
Enfermeira 2		EBR
Enfermeira 3	Especialidade e Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria	
Enfermeira 4		
Médica	Mestrado em Promoção e Educação para a Saúde	
Educadora 1	Pós-graduação em Educação Especial Mestrado em Educação de Infância	Formações na área (não especificadas)
Educadora 2	Especialização em Educação Especial	Formações de curta duração (não especificadas)
Educadora 3		Formações da ANIP e da Subcomissão (não especificadas)
Psicóloga 1		
Psicóloga 2	Pós-graduação (não especificada)	Formações da ANIP (não especificadas)
Assistente Social 1	Mestrado em Gerontologia Social	
Assistente Social 2		

Podemos verificar, pelos dados da tabela 3, que os profissionais têm entre 10 e 34 anos de serviço. As educadoras e a médica são as profissionais com mais anos de profissão. Apesar de alguns profissionais não terem especificado o tempo de serviço na IPI, podemos constatar que apenas um dos elementos da equipa tem menos de um ano de serviço na IPI. Os profissionais que não especificaram o tempo de serviço na IPI referiram sempre que já tinham trabalhado neste serviço mas no modelo “antigo”. Os profissionais explicitaram a diferença de modelos de IPI:

Quando falamos no modelo anterior de IPI reportamo-nos a um modelo cuja intervenção era direcionada exclusivamente á criança, onde os pais/família não eram envolvidos na intervenção. Neste modelo as preocupações não eram elencadas nem priorizadas pelas famílias, mas sim pelos profissionais que em contexto de gabinete ou escolar faziam a sua intervenção individualmente à criança de acordo com as suas necessidades. No novo modelo de IPI, com a criação das ELI´s, os profissionais participam nas metas e objetivos que a família pretende alcançar. As famílias e os profissionais de IPI partilham responsabilidades, trabalham em colaboração, tomam decisões em conjunto, reforçam o funcionamento familiar e baseiam-se nas competências e nos pontos fortes das famílias. Mais importante do que resolver os problemas pelas famílias, é ajudá-las e apoiá-las nas tomadas de decisões.

Quanto ao tempo de serviço na ELI, 7 dos profissionais têm sido elementos estáveis na equipa desde a sua constituição em 2011.

Tabela 3 – Tempo de serviço, em anos, dos profissionais da ELI Norte

ELI Norte	Tempo de serviço	Tempo de serviço na IPI	Tempo serviço na ELI
Enfermeira 1	10	9 meses	9 meses
Enfermeira 2	10	6	6
Enfermeira 3	17	6	6
Enfermeira 4			
Médica	34	Não especificado	6
Educadora 1	28	13	6
Educadora 2	26	9	6
Educadora 3	28	Não especificado	3
Psicóloga 1	11	10	6
Psicóloga 2	Não especificado	9	6
Assistente Social 1	12	Não especificado	14 meses
Assistente Social 2	20	Não especificado	14 meses

Sobre a formação complementar dos profissionais da ELI Centro, observamos na análise da tabela 4 que os elementos da Saúde e da Educação possuem pós-graduações, especializações e mestrados.

Todos os elementos desta ELI possuem formação específica na área da IPI. A enfermeira 1 especificou algumas dessas formações, nomeadamente na área do desenvolvimento, documentos específicos utilizados na IPI e sinais de alarme.

Tabela 4 – Formação complementar dos profissionais da ELI Centro

ELI Norte	Outras formações	Formação em IPI
Enfermeira 1	Várias pós-graduações (não especificadas)	Várias formações sobre IPI (desenvolvimento, PIAF's, sinais de alarme, ...)
Enfermeira 2	Pós-licenciatura em Saúde Mental e Psiquiatria	Formações básicas na área da IPI
Educadora 1	Especialização em Educação Especial	Várias formações na área da IPI (não especificadas)
Educadora 2	Especialização em Educação Especial, no domínio cognitivo e motor Especialização em Educação Especial, no domínio da deficiência visual Mestrado em Psicologia Pedagógica Mestrado em Educação Especial	Formação específica na área da IPI
Psicóloga		Várias formações na área da IPI
Assistente Social		Formações na área da IPI
Terapeuta da Fala		Formações na área da IPI
Fisioterapeuta*		

Na ELI Centro, e de acordo com os dados apresentados na tabela 5, os profissionais têm entre 7 e 26 anos de serviço. O seu trabalho, especificamente na área da IPI, varia entre 2 e 19 anos. Dos 7 profissionais, cujos dados recolhemos, verificamos que 5 deles estão na ELI desde a sua constituição em 2011.

Tabela 5 – Tempo de serviço, em anos, dos profissionais da ELI Centro

ELI Centro	Tempo de serviço	Tempo de serviço na IPI	Tempo serviço na ELI
Enfermeira 1	25	19	6
Enfermeira 2	23	9	6
Educadora 1	26	12	6
Educadora 2	20	3	3
Psicóloga	8	2	1
Assistente Social	13	6	6
Terapeuta da Fala	7	6	6
Fisioterapeuta*			

Os profissionais da ELI Lisboa e Vale do Tejo possuem, na sua maioria, formação ao nível da pós-graduação, da especialização e de mestrado, para além de formações complementares específicas na sua área profissional. Nesta ELI existe um profissional com mestrado em Intervenção Precoce na Infância. Na tabela 6, verificamos que apenas dois profissionais possuem formações específicas na área da IPI, nomeadamente sobre o Currículo Crescer.

O Currículo Crescer foi desenvolvido nos Estados Unidos da América na década de 1990 por Doan-Sampon, Wollenburg e Campbell (2000) com o objetivo de dar suporte a um sistema de intervenção ecológica para famílias e suas crianças com idades compreendidas entre os zero e os três anos. Possui um conjunto de materiais que pode ser utilizado pelas famílias e profissionais no processo de intervenção. Este Currículo é também um instrumento útil na formação dos profissionais de IPI, uma vez que prevê uma intervenção centrada na família, onde a interação entre esta e a criança é vista como crucial e apresenta implicações na sua rotina diária.

Tabela 6 – Formação complementar dos profissionais da ELI Lisboa e Vale do Tejo

ELI Lisboa e Vale do Tejo	Outras formações	Formação em IPI
Enfermeira	Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria	
Educadora 1	Pós-graduação em Crianças de Risco Especialização em Educação Especial, no domínio emocional e personalidade	
Educadora 2	Especialização em Educação Especial, domínio cognitivo e motor	
Educadora 3	Pós-graduação em Educação Especial, domínio cognitivo e motor	
Psicólogo	Mestrado em Intervenção Precoce na Infância Pós-graduação em Terapia Sistémica Familiar	
Assistente Social 1	Formação complementar em Proteção de Crianças e Jovens	
Assistente Social 2	Formação em Intervenção Sistémica Familiar	Formações CIF e Crescer
Terapeuta da Fala 1	Pós-graduação em Perturbações de Linguagem na Criança	
Terapeuta da Fala 2		
Psicomotricista		
Terapeuta Ocupacional	Pós-graduação em Terapias Assistidas por Animais	
Fisioterapeuta		Formações na área da Fisioterapia e da Intervenção Precoce

Na ELI Lisboa e Vale do Tejo, o tempo de serviço dos profissionais varia entre 2 e 31 anos. Podemos verificar, pela análise da tabela 7, que as educadoras são das profissionais com mais anos de serviço. O tempo de serviço dos profissionais na IPI varia entre 2 e 26 anos. Dos 12 elementos da ELI, 7 profissionais têm 6 anos de serviço na ELI, o que corresponde ao período de tempo desde a sua formação.

Tabela 7 – Tempo de serviço, em anos, dos profissionais da ELI Lisboa e Vale do Tejo

ELI Lisboa e Vale do Tejo	Tempo de serviço	Tempo de serviço na IPI	Tempo serviço na ELI
Enfermeira	16	2	2
Educadora 1	24	16	4
Educadora 2	31	6	6
Educadora 3	28	6	6
Psicólogo	21	17	6
Assistente Social 1	20	6	6
Assistente Social 2	21	11	2
Terapeuta da Fala 1	26	26	6
Terapeuta da Fala 2	2	2	2
Psicomotricista	16	6	6
Terapeuta Ocupacional	3	3	3
Fisioterapeuta	16	15	6

Profissionais de saúde e de educação

O número de profissionais de saúde participantes no rastreio foi superior ao número de profissionais entrevistados. Este facto deveu-se à indisponibilidade de alguns para estarem presentes na entrevista realizada após o rastreio das crianças. Pelo mesmo motivo, não foi possível realizar a entrevista de grupo num dos centros de saúde, tendo sido realizadas entrevistas individuais aos profissionais.

Participaram nas entrevistas 4 médicas, 12 enfermeiros, 1 psicóloga e 1 assistente social. Dos 18 profissionais, um é do género masculino e os restantes do género feminino.

Participaram também, no nosso estudo, 49 profissionais de educação, todas do género feminino: 47 educadoras de infância, uma psicopedagoga e uma diretora técnica de uma instituição com formação em radioterapia.

Os profissionais de saúde e de educação distribuem-se da seguinte forma por área geográfica:

Tabela 8 – Distribuição dos profissionais de saúde e de educação por área geográfica

	Saúde		Educação	
	Nº de instituições	Profissionais	Nº de instituições	Profissionais
Norte	4	2 médicas 10 enfermeiros 1 psicóloga 1 assistente social	3	13 educadoras de infância
Centro	0	0	3	8 educadoras de infância
Lisboa e Vale do Tejo	1	2 médicas 2 enfermeiras	6	26 educadoras de infância 1 psicopedagoga 1 diretora técnica

Verificamos, na tabela 8, que não houve profissionais de saúde da zona Centro a participar no estudo e que o número de profissionais de educação da zona de Lisboa e Vale do Tejo é superior ao das outras zonas. Esta discrepância existe devido à densidade populacional das três zonas geográficas.

Famílias

As famílias foram selecionadas de forma aleatória e de acordo com a autorização para participar na entrevista.

Para caracterizar as catorze famílias entrevistadas, apresentamos dados referentes à idade, ao estado civil, às habilitações, à profissão e à idade da criança.

A maioria das entrevistas às famílias foi realizada às mães e uma entrevista foi efetuada à tutora de uma criança rastreada com o ASQ-PT. A esta não foram solicitados os dados referentes à idade e ao estado civil, uma vez que é profissional em uma instituição. Também por este motivo, foi nossa opção utilizar o termo família e não pais ou mães.

As pessoas entrevistadas têm idades compreendidas entre os 23 e os 40 anos, com uma média de idades de 32,7 anos.

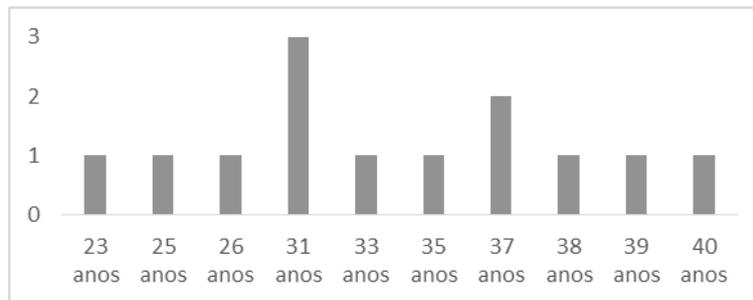


Gráfico 1 – Idade das entrevistadas

Quanto ao estado civil, seis mães referiram serem casadas, quatro vivem em união de facto e três são solteiras.

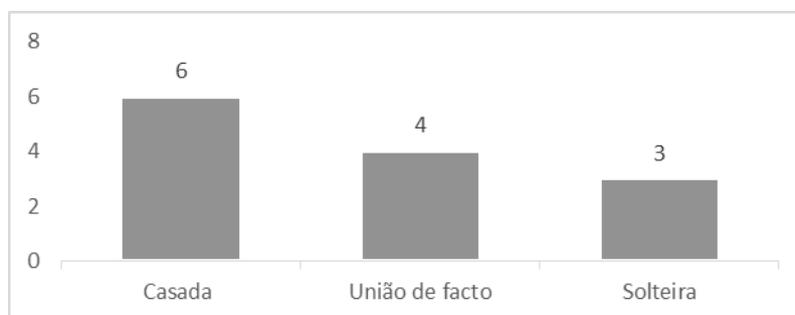


Gráfico 2 – Estado civil das entrevistadas

No que diz respeito às habilitações das entrevistadas, 8 mães/tutora possuem formação superior e duas mães têm escolaridade inferior ao 12º ano.

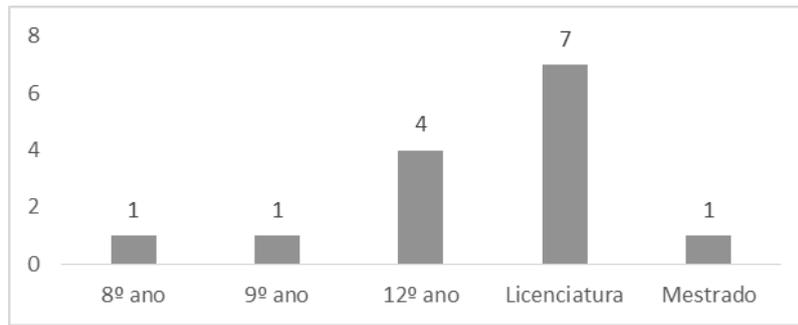


Gráfico 3 – Nível de escolaridade das entrevistadas

Quanto à profissão, duas mães encontravam-se desempregadas, cinco trabalhavam na área da educação, três na área da gerontologia, duas na área do comércio, uma na área da hotelaria e uma na área da estética.

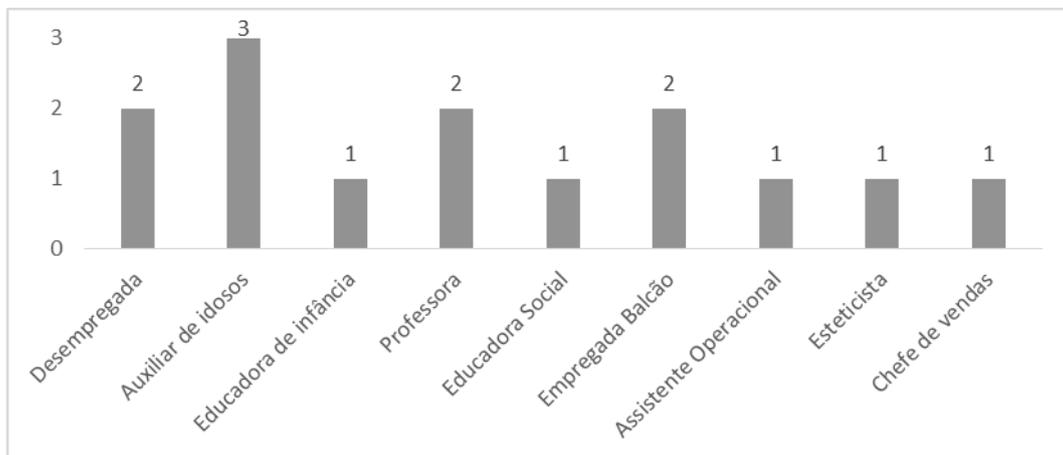


Gráfico 4 – Profissão das entrevistadas

No que diz respeito à idade das crianças rastreadas, e de acordo com o gráfico 5, verifica-se que dez crianças têm idade inferior a 3 anos. Duas mães responderam a 2 questionários referentes às suas duas crianças sendo, por esse motivo, apresentado o número total de dezasseis crianças.

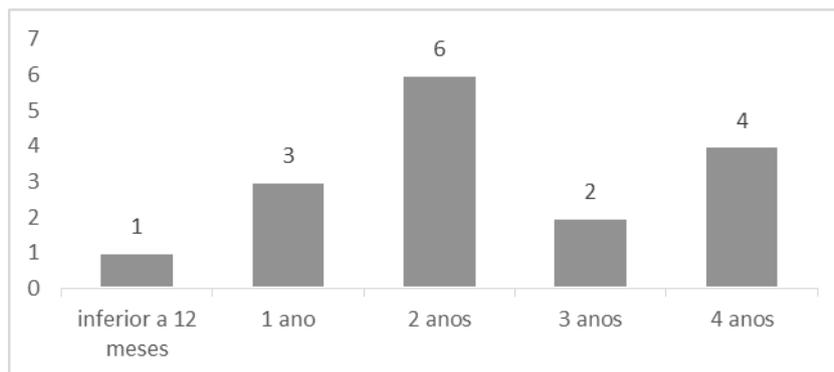


Gráfico 5 – Idade das crianças

A forma como cada família decidiu preencher o questionário foi distinta, tal como se pode verificar no gráfico 6. Sete mães e também sete famílias (pai e mãe) responderam ao questionário. Houve nove crianças que interagiram com a mãe ou a família, enquanto estas preenchiam o questionário. Verifica-se ainda que quatro questionários foram preenchidos sem a criança realizar as atividades.

Podemos também observar que uma família necessitou da ajuda do profissional devido a dificuldades de compreensão, “*É assim, às vezes nós dizemos de uma forma e nos papéis é outra, não é, e metade das palavras eu não entendo, é normal e eu falei com a enfermeira e ela lá me explicava e eu fazia à minha maneira, vá.*” (Família 14). Confrontada com a possibilidade de ser a enfermeira a preencher o questionário, a família afirmou “*Ah não, preferi ser eu, eu é que estou o dia todo com ele, não é a enfermeira.*” (idem).

Uma das entrevistas realizadas foi a uma família cuja criança foi referenciada para o SNIPI, encontrando-se na altura a decorrer o processo de definição da sua elegibilidade. Esta criança foi referenciada pela família e pela educadora devido a dificuldades de controlo de esfíncteres, de interação com os pares, de concentração e de aprendizagem.

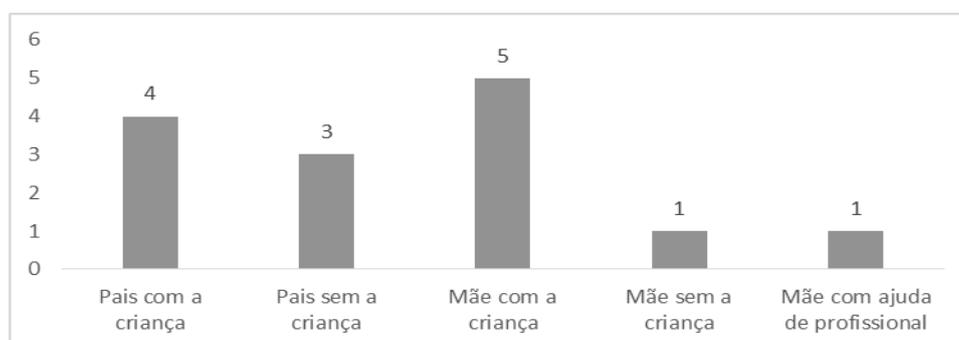


Gráfico 6 – Pessoas da família que preencheram o questionário

CAPÍTULO IV

ANÁLISE DOS RESULTADOS

No presente capítulo apresentamos uma análise descritiva das entrevistas iniciais realizadas aos profissionais das três ELI e das entrevistas aos profissionais envolvidos no rastreio com o ASQ-PT, assim como às famílias de crianças rastreadas com esse instrumento. As entrevistas aos profissionais foram realizadas em grupo, nomeadamente em cada ELI, CS, Hospital e instituição de educação.

Com o presente estudo procedemos à análise das entrevistas utilizámos abordagens diferentes. Assim, para a entrevista inicial aos profissionais das ELI recolhemos informação que nos permitiu fazer uma análise descritiva do processo de elegibilidade para o SNIPI. Para as entrevistas aos profissionais e famílias após a utilização do ASQ-PT, realizámos procedimentos exploratórios que nos permitiram obter conjuntos de categorias e subcategorias que apresentaremos para cada grupo de entrevistas, nomeadamente entrevistas aos profissionais das ELI, entrevistas aos profissionais de saúde, entrevistas aos profissionais de educação e entrevistas às famílias.

1. ENTREVISTAS INICIAIS AOS PROFISSIONAIS DAS ELI

Após a apresentação do estudo e do instrumento de rastreio ASQ-PT e da resposta positiva por parte de todos os elementos da ELI para colaboração no nosso estudo foi realizada uma entrevista de grupo que teve como objetivos:

- conhecer a constituição da ELI;
- conhecer o processo de elegibilidade;
- conhecer quem são os elementos referenciadores das crianças para a ELI;
- saber como são organizados os primeiros contactos;
- conhecer o plano de preparação da avaliação da ELI com a família;
- conhecer o envolvimento da família no processo de avaliação.

A identificação das categorias foi realizada tendo como ponto de partida os objetivos, as questões e a análise de conteúdo das entrevistas. Assim sendo, foram identificadas as seguintes categorias:

1. Constituição da ELI

2. Elementos referenciadores de crianças para o SNIPI
3. Primeiros contactos
4. Plano de preparação da avaliação
5. Instrumentos de rastreio e de avaliação utilizados pelas ELI
6. Envolvimento dos pais na avaliação
7. Tempo de duração do processo de elegibilidade
8. Constrangimentos

Para cada categoria, apresentamos de seguida a análise dos dados das entrevistas.

1.1. Constituição da ELI

Na observação da tabela 1, apresentada anteriormente, verificamos que há semelhanças quanto às áreas de formação dos profissionais que constituem as ELI e ao mesmo tempo diferenças na sua constituição e nos diferentes Ministérios que asseguram a sua colaboração na ELI.

A ELI Norte é a única que tem um médico de família na sua constituição, no entanto é também a única que não tem terapeutas nem elementos assegurados por parte do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Os profissionais desta ELI consideram ser uma limitação a ausência de terapeutas na sua constituição, fazendo referência específica a terapia da fala, a terapia ocupacional e a fisioterapia.

Quanto à constituição da ELI Centro verifica-se que, apesar de esta ter na sua constituição um Fisioterapeuta, este elemento está em regime de chamada, isto é, a sua presença é solicitada de forma pontual pelos profissionais da ELI, tal como já foi especificado anteriormente.

A ELI de Lisboa e Vale do Tejo é a única ELI que tem na sua constituição terapeutas de diversas áreas: Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Fisioterapia e Psicomotricidade.

Verificámos, ainda, que a maioria dos profissionais (médica, enfermeiras, psicólogas, assistentes sociais, terapeutas) não desenvolve o seu trabalho apenas nas ELI, tendo de assegurar outras funções e outras atividades junto das suas entidades patronais. O tempo de afetação dos profissionais pode variar entre uma hora a metade do horário semanal (cerca de 17h30) para desenvolver o seu trabalho na ELI. A exceção a esta distribuição de serviço surge, quase exclusivamente, nos profissionais da área da educação, cujas funções são totalmente desenvolvidas nas ELI.

1.2. Elementos referenciadores das crianças para o SNIPI

Os dados apresentados na tabela 9 sobre os elementos referenciadores das crianças para o SNIPI, relativos ao ano de 2016, mostram-nos que existe uma grande discrepância face ao número total de referências recebidas na ELI Lisboa e Vale do Tejo, 153 referências, em relação ao número das referências recebidas pelas ELI Norte e Centro, 17 e 20, respetivamente.

A maioria das referências recebidas na ELI Norte (9) e na ELI Centro (15) foram realizadas pelos profissionais de saúde, enquanto que na ELI Lisboa e Vale do Tejo foram efetuadas maioritariamente por profissionais de educação (83). A ELI Norte não recebeu referências por parte dos profissionais de educação, ao contrário do que se verifica nas outras ELI. As ELI Norte e Lisboa e Vale do Tejo receberam referências realizadas pelas famílias. A ELI Norte é a única ELI onde foi referido terem recebido referências de outros serviços, nomeadamente de ama, de outra ELI e de uma clínica privada. A transição de crianças e famílias entre ELI sempre que existe mudança de residência para outra área geográfica é uma possibilidade prevista pelo SNIPI.

Tabela 9 – Elementos referenciadores das crianças para o SNIPI em 2016

Elementos referenciadores	ELI Norte	ELI Centro	ELI Lisboa e Vale do Tejo
Saúde	9	15	62
Educação	0	5	83
Segurança Social	0	0	1
Família	3	0	7
CPCJ/ Tribunal	1	0	0
Outros serviços	4	0	0
TOTAL	17	20	153

1.3. Primeiros contactos

Sobre os primeiros contactos realizados à família, momento que determina o início do processo de elegibilidade da criança e da família para o SNIPI, foi referido nas entrevistas às três ELI que a decisão de quais os profissionais presentes neste momento é realizada em conjunto pela equipa de forma adequada à especificidade da situação, partindo sempre da análise da informação descrita na ficha de referência. A disponibilidade dos profissionais e os contextos em que já atuam são também fatores decisivos na tomada de decisão.

De acordo com a tabela 10, as ELI Norte e Centro definem pelo menos dois profissionais para os primeiros contactos. Os profissionais da ELI Norte tomam esta decisão em reuniões de equipa

alargada (EA), reuniões restritas realizadas a nível concelhio, de acordo com os profissionais da ELI que trabalham no concelho onde reside a criança e a família. Estão assim presentes nos primeiros contactos, por norma uma educadora e uma psicóloga ou uma enfermeira. Na ELI Centro qualquer dos profissionais realiza os primeiros contactos. A ELI Lisboa e Vale do Tejo define um profissional para esta etapa do processo de elegibilidade, exceto quando os primeiros contactos são realizados em contexto de domicílio onde estão presentes sempre dois profissionais. Esta é uma diretriz recebida pela entidade patronal das educadoras de infância da ELI.

Os profissionais da ELI Lisboa e Vale do Tejo referiram que já tiveram uma dinâmica diferente da que implementam agora, onde havia mais do que um profissional presente no momento dos primeiros contactos. No entanto, sentiram necessidade de alterar este procedimento devido ao desconforto que sentiam que era criado nos pais e na criança. Assim, antes estavam presente nos primeiros contactos vários profissionais, nomeadamente a assistente social, o psicólogo, o terapeuta da fala, o fisioterapeuta (se percebiam que havia alterações na parte motora) e sentiam que

(...) aquilo era um mundo de gente... (...) A olhar para uma criança e para uns pais. Quer dizer, achámos que aquilo era muito intimidante para um primeiro contacto (...) para uma primeira abordagem é um bocadinho assustador, entrar numa sala com um monte de gente (...)

(Terapeuta da Fala 1)

Nós antes fazíamos assim, era um bocado em arena. (...) Eu acho que nós fazíamos um bocado dois em um: uma primeira abordagem, rastreio, ao mesmo tempo.

(Psicólogo)

Tabela 10 – Decisão sobre os profissionais presentes nos primeiros contactos

ELI Norte	<p>Enfermeira 2 – <i>Somos dois elementos da equipa, no mínimo sempre dois elementos da equipa. (...) Dois, que é educadora, quase sempre, e ou a psicóloga ou a enfermeira.</i></p> <p>Educadora 1 – <i>Isso define-se em reunião de EA. (...) São as reuniões mais restritas a nível concelhio.</i></p>
ELI Centro	<p>Enfermeira 1 – <i>(...) A leitura da referência e os primeiros contactos normalmente é decidido sempre em reunião de equipa. É assim que fazemos habitualmente.</i></p> <p>Enfermeira 1 – <i>Todas nós fazemos primeiros contactos.</i></p> <p>Enfermeira 2 – <i>Geralmente mais do que um elementos nos primeiros contactos, preferencialmente.</i></p> <p>Enfermeira 1 – <i>Sempre. Há casos excecionais mas é uma exceção.</i></p>
ELI Lisboa e Vale do Tejo	<p>Assistente Social 1 – <i>A referência chega e é apresentada em reunião de equipa e depois, mediante a problemática, ela é encaminhada para um dos técnicos que faz a primeira abordagem à família.</i></p> <p>Educadora 1 – <i>Também tem em atenção o técnico que intervém naquela zona ou naquele espaço e já é conhecido.</i></p> <p>Educadora 1 – <i>Habitualmente é [um técnico que faz os primeiros contactos]. (...) Mas há situações em que vão dois. Há situações: quando é fora, domicílios.</i></p> <p>Assistente Social – <i>(...) Nos domicílios normalmente sim. (...) Na primeira vez.</i></p> <p>(...)</p> <p>Psicomotricista – <i>Muitas vezes vai também a nossa assistente social para acompanhar, para ver a parte social e depois o técnico para ver o desenvolvimento da criança, não é?</i></p> <p>Educadora 2 – <i>Nós na educação temos essa orientação mesmo, para os domicílios. Nós tínhamos essa orientação, irem sempre dois.</i></p> <p>Educadora 1 – <i>O olhar é diferente. E há aqui duas perspetivas, na primeira abordagem, logo à criança, ao contexto e tudo.</i></p>

A decisão do local de realização dos primeiros contactos cabe sempre à família. Na ELI Lisboa e Vale do Tejo foi possível perceber que, quando os primeiros contactos são realizados na sede da ELI, as famílias podem sentir-se constrangidas pelo local onde esta se situa (IPSS que dá apoio a pessoas com deficiência), “*Isto é um grande choque.*” segundo o psicólogo.

Os profissionais das três ELI especificaram que durante os primeiros contactos realizam o levantamento das preocupações da família, fazem a apresentação do serviço e preparam a etapa seguinte - avaliação da criança - com a família, indo ao encontro das etapas previstas em Carvalho et al. (2016).

Tabela 11 – Primeiros contactos

ELI Norte	Educadora 2 – <i>O primeiro contacto é sempre com a família e a criança não está presente naquele primeiro contacto. (...) Nesse primeiro contacto já registamos as preocupações da família.</i>
ELI Centro	Enfermeira 1 – <i>Antes de nós nos apresentarmos, queremos que sejam eles a falar e efetivamente isso no fundo é o levantamento das preocupações, são eles que nos respondem.</i>
ELI Lisboa e Vale do Tejo	Psicólogo – <i>A primeira abordagem é com a família, um bocado também para explicarmos quem é que nós somos. (...) explicar o que é isso de ELI, o que é o SNIPI, como é que vai ser o procedimento, é só a criança, é a família, a comunicação com os vários participantes: o jardim, etc. Explicar como é que vão ser as coisas e também depois especificamente o que é que vamos fazer, o que vai ser feito a seguir, o que é que se vai avaliar, com a criança, perceber um bocado as preocupações, a anamnese, a história clínica, os dados relevantes, o agregado, tudo isso.</i> Terapeuta da Fala 1 – <i>À partida quando se faz essa primeira abordagem com a família, para já, já se percebe quais são as preocupações da família.</i>

1.4. Plano de preparação da avaliação

Os profissionais das três ELI referiram que não utilizam um guião formal para a preparação da avaliação. No entanto, percebemos que efetivamente todas as ELI preparam previamente a avaliação com as famílias e é a terminologia – plano de preparação da avaliação – que é desconhecida para os profissionais.

Nesta etapa, que se inicia durante o momento dos primeiros contactos, os pais e os profissionais têm um papel distinto.

Nas três ELI a decisão acerca do dia e do local onde se realizará a avaliação cabe sempre aos pais. Conseguimos perceber com a análise das entrevistas que a decisão acerca do dia e da hora da avaliação por vezes tem de ser ajustada à disponibilidade da família e/ou dos profissionais, sendo perceptível que se necessário há uma negociação entre eles para se encontrar um momento que seja consensual.

Segundo os profissionais da ELI Norte, para além da decisão do dia e do local, os pais decidem também acerca da sua presença no momento da avaliação, sabendo que, se esta acontecer no contexto educativo, eles não estarão presentes. Neste caso, os pais têm conhecimento acerca da data da avaliação. A apropriação, por parte dos profissionais, do conceito das práticas centradas na família,

que considera que os pais são elementos essenciais no processo de IPI, desde os primeiros contactos até à transição, não está clara no teor das transcrições desta ELI.

Pela análise da tabela 12, a ELI Centro por vezes envolve os pais na preparação da avaliação quando pretende saber o que estes esperam desse momento específico. Ainda na preparação da avaliação, define-se em conjunto pelos pais e pelos profissionais o papel que cada uma das pessoas presentes terá na avaliação, de acordo com o instrumento de rastreio ou avaliação que será utilizado.

Os profissionais da ELI Lisboa e Vale do Tejo consideram que o envolvimento da família em todas as fases do processo de elegibilidade e intervenção é essencial mas têm noção que essa participação deveria ser mais ativa.

Tabela 12 – Plano de preparação da avaliação: papel dos pais

ELI Norte	<p>Psicóloga 2 – <i>No sentido de contactar com a família, combinar com ela o local (...)</i></p> <p>Educadora 1 – <i>E a hora.</i></p> <p>Educadora 2 - <i>Umás vezes a família está presente e outras vezes... se for em contexto de escola ou assim...</i></p> <p>Educadora 3 – <i>Não está presente.</i></p>
ELI Centro	<p>Psicóloga – <i>O local pelo menos é a família.</i></p> <p>Enfermeira 1 – <i>A hora também.</i></p> <p>Enfermeira 1 – <i>(...) são eles que nos dizem quando é que a criança funciona melhor ou vai colaborar melhor, quer dizer. E nós tentamos ajustar-nos.</i></p> <p>[Sobre as pessoas presentes na avaliação]</p> <p>Educadora 1 - <i>Havendo oportunidade ou algum contacto com a família, não muito habitualmente mas por vezes acontece, a família pode ser também envolvida, por exemplo ao nível do que é que ela espera da avaliação. Ou nos primeiros contactos, quando se planifica logo a avaliação de desenvolvimento com a família, a família está envolvida.</i></p> <p>Enfermeira 1 – <i>(...) normalmente é com a família que decidimos isso.</i></p> <p>[Sobre o papel das pessoas presentes na avaliação]</p> <p>Educadora 2 – <i>(...), normalmente se houver um instrumento, que à partida há, numa perspetiva de uma avaliação mais formal, quem é que o aplica, quem é que fica numa situação... (...) De complemento. E basicamente isso fica relativamente claro com a família. Quando delineamos como e quando vai ser.</i></p>
ELI Lisboa e Vale do Tejo	<p>Psicomotricista – <i>Podemos sugerir mas depois também depende da disponibilidade da família. Tem de ser ajustado (...)</i></p> <p>Psicólogo – <i>(...) Depois com a família podemos ver o que é necessário (...) O contexto, acho que é importantíssimo, mas acho que esta relação com a família é mesmo essencial. Ela deve participar em todas as fases e deve decidir...</i></p> <p>Educadora 3 (questiona os colegas) – <i>Mas participa?</i></p> <p>Terapeuta da Fala 1 – <i>Acho que participa mas poderia participar mais. (...) À partida quando se faz essa primeira abordagem com a família (...) logo ali também conseguimos perceber se é necessário que haja a intervenção de outro técnico, acho que isso é feito com a família. (...)</i></p>

Durante a preparação da avaliação, os profissionais da ELI Norte agendam e organizam a avaliação da criança, mediante o local onde terá lugar, e decidem quais os profissionais que estarão

presentes: educadora e enfermeira ou psicóloga e, quando há dúvidas sobre o contexto ambiental, pode estar presente a assistente social. No momento desta decisão são tidos em conta alguns fatores, nomeadamente o profissional que teve o primeiro contacto com a família e que será o elemento de referência para esta; no caso da educadora de infância presente, é identificada a que atua na área geográfica onde terá lugar a avaliação; e qual o profissional que consegue intervir com mais uma criança e sua família. Sobre o papel que cada pessoa terá na avaliação, na ELI Norte esta decisão é realizada pela equipa e a avaliação é dinamizada pelo profissional que fez os primeiros contactos.

Na ELI Centro os profissionais definem quais dos seus elementos estarão presentes na avaliação tendo em conta o instrumento a utilizar e a idade da criança. Os profissionais desta ELI mencionaram que em casos excecionais os pais não estarão presentes no momento da avaliação, por decisão dos próprios.

Na ELI Lisboa e Vale do Tejo, são os profissionais que definem quem realizará a avaliação, podendo ser o elemento que esteve presente nos primeiros contactos ou outro que vá ao encontro das preocupações apresentadas pela família nos primeiros contactos. Os profissionais desta ELI procuram sempre que os pais estejam presentes no momento da avaliação, o que não acontece quando esta é realizada no contexto educativo. Mais uma vez fica salientada a dificuldade destes profissionais sobre a implementação das práticas centradas na família no que concerne à participação dos pais em todos os momentos do processo de IPI, tal como se pode observar na tabela 13.

Tabela 13 – Plano de preparação da avaliação: papel dos profissionais

ELI Norte	<p>Educadora 2 – (...) <i>Primeiro é sempre com a família e depois com a ELI é que se agenda e se organiza o próximo contacto onde estará a criança.</i></p> <p>[Sobre os profissionais na avaliação]</p> <p>Educadora 2 – <i>Discute-se em equipa e depois as duas pessoas normalmente vão fazer, duas ou três, também já temos ido três: uma enfermeira, uma psicóloga e uma educadora.</i></p> <p>Psicóloga 2 – <i>Também se tenta limitar o número de profissionais que vai, para não ser uma invasão de muitos profissionais. Normalmente vão dois.</i></p> <p>[Sobre o papel das pessoas presentes na avaliação]</p> <p>Educadora 1 – <i>Nós em equipa fazemo-lo. Com a família não. Não fazemos essa preparação com a família. Não distribuímos papéis, digamos assim, com a família.</i></p> <p>Educadora 3 – <i>Mas normalmente quem tem esse papel mais ativo, quando está a família presente, é quem fez o primeiro contacto, após a referênciação.</i></p> <p>Psicóloga 1 – <i>Mas não é combinado.</i></p>
ELI Centro	<p>Educadora 1 – (...) <i>Habitualmente nós, consoante o que nos foi apresentado nos primeiros contactos e consoante também a idade da criança e diversa informação que já recolhemos, nós em equipa definimos qual o instrumento de avaliação de desenvolvimento que vamos utilizar. Isto, caso a criança não traga já uma avaliação formal (...).</i></p>
ELI Lisboa e Vale do Tejo	<p>Assistente Social 1 – (...) <i>em reunião decide-se quem é que...</i></p> <p>Terapeuta da Fala 1 – <i>Decide quem é o melhor técnico ou se necessita de alguma avaliação mais específica numa determinada área. (...)</i></p> <p>[Sobre as pessoas presentes na avaliação]</p> <p>Educadora 1 – <i>Mas quando a primeira abordagem é no jardim de infância, eu acho que os pais não estão. Eles não fazem parte daquele contexto.</i></p> <p>Psicólogo – (...) <i>É sempre sugerido que os pais estejam presentes.</i></p>

1.5. Instrumentos de rastreio e de avaliação utilizados pelas ELI

Em todas as ELI foi identificado como único instrumento de rastreio comum a Schedule of Growing Skills II. Na ELI Norte foi ainda referida pela enfermeira 2 a Escala Mary Sheridan. Da observação da tabela 14, verificamos que a ELI Norte é a que tem acesso a um número menor de instrumentos formais de avaliação, sendo a única ELI que referiu que, para além de utilizar instrumentos de rastreio e de avaliação, realiza também observação naturalista à criança. Foi referido na entrevista que as psicólogas da ELI têm acesso a outros instrumentos de avaliação nos seus locais de trabalho mas não são “*só para a Intervenção Precoce*” (Educadora 2).

As ELI Centro e Lisboa e Vale do Tejo são as ELI que têm acesso a mais instrumentos formais de avaliação. São também as ELI que têm acesso a instrumentos específicos de avaliação da linguagem (TALC e ALPE), uma vez que são as equipas que têm terapeutas da fala na sua constituição, pelo que se pode considerar que a ELI Norte apresenta lacunas ao nível da avaliação específica da linguagem. As ELI Centro e Lisboa e Vale do Tejo não referem realizar observação da criança nos seus

contextos naturais e esta última não abordou, durante a entrevista, a realização de levantamento das rotinas das crianças.

Tabela 14 – Instrumentos utilizados pelas ELI

Instrumentos		ELI Norte	ELI Centro	ELI Lisboa e Vale do Tejo
Rastreio	<p>Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil - Schedule of Growing Skills II (SGS II)</p> <p>Escala de Avaliação do Desenvolvimento Mary Sheridan Modificada</p>	X	X	X
Avaliação	<p>Escala de Desenvolvimento Ruth Griffiths Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Revised (WPPSI-R)</p> <p>Teste de Avaliação da Linguagem na Criança - (TALC)</p> <p>Avaliação de Linguagem Pré-Escolar - (ALPE)</p>	X	X	X
	<p>Bateria de avaliação do temperamento</p> <p>Questionários de hiperatividade e défice de atenção</p>		X	X
	<p>Entrevista Baseada nas Rotinas (EBR)</p> <p>Escala de Avaliação das Perceções dos Educadores acerca das Rotinas e do Envolvimento (EAPERE)</p> <p>Currículo Carolina</p> <p>Currículo Crescer</p> <p>Checklist Portage</p>	X	X	X
	Outros	Observação naturalista	X	

1.6. Envolvimento dos pais na avaliação da criança

Descrevemos de seguida a perspetiva e a forma de atuação de cada ELI no que diz respeito ao envolvimento dos pais no momento da avaliação da criança durante o processo de elegibilidade.

Segundo os profissionais da ELI Norte, e de acordo com a tabela 15, os pais apresentam diferentes formas de se envolverem. Há pais que têm um maior envolvimento, sobretudo aqueles que percebem as dificuldades e as áreas fortes da criança, e que têm um papel mais ativo explorando uma atividade com a criança, ocorrendo maioritariamente na exploração das rotinas, enquanto os profissionais têm um papel de observadores. Durante a avaliação, é pedida a colaboração dos pais quando a criança não está a colaborar com o profissional responsável pelo processo de avaliação ou quando há necessidade de obter informação específica acerca das capacidades da criança. Os profissionais referiram ainda que quando os pais não estão presentes no momento da avaliação, é-lhes dado posteriormente o feedback com o resultado. Os resultados da avaliação são dados aos pais

imediatamente quando é possível aos profissionais fazer a cotação. No entanto, quando são utilizados outros instrumentos de avaliação pelos psicólogos, os resultados são apresentados aos pais num momento posterior, já com a informação acerca dos critérios de elegibilidade.

Os profissionais da ELI Centro mencionaram que, apesar de haver uma definição prévia dos papéis das pessoas presentes no momento da avaliação, por vezes estes alteram-se. Assim o papel dos profissionais e dos pais pode ser ajustado para que a criança consiga mostrar as suas capacidades e haver capacitação da família para o que se pretende que a criança faça, quando esta não está a colaborar com o profissional. No que diz respeito ao tipo de avaliação, os profissionais indicaram que, em avaliações formais, os pais são preparados antecipadamente para poderem colaborar nas atividades mas sem interferir no desempenho da criança. Mediante o instrumento utilizado, quando é de fácil cotação, o resultado é dado logo após a avaliação. Quando a cotação do instrumento é mais morosa, os resultados são apresentados aos pais num momento posterior.

Os profissionais da ELI Lisboa e Vale do Tejo referiram que quando é aplicado um instrumento de avaliação, os pais são observadores. Quando a criança não está a colaborar na avaliação, os pais têm um envolvimento mais ativo para conseguirem que ela execute uma determinada atividade, havendo um ajuste dos papéis das pessoas presentes. O resultado da avaliação nem sempre é dado no dia em que é realizada. Quando isso acontece, no momento seguinte com os pais os profissionais já lhes dão uma resposta acerca da elegibilidade para o SNIPI e delineiam o plano de intervenção.

Nas três ELI é consensual o modo de atuação quanto à definição dos critérios de elegibilidade. Assim, após a avaliação, os resultados do rastreio ou da avaliação são analisados em equipa e são definidos os critérios de elegibilidade, que posteriormente são apresentados aos pais. Desta forma, estes não são envolvidos, enquanto membros/parceiros da equipa, na decisão acerca da elegibilidade da criança e da família para o SNIPI, o que não é consonante com os princípios das práticas centradas na família.

Tabela 15 – Envolvimento dos pais na avaliação

ELI Norte	<p>Assistente Social 2 – <i>E a mim também me parece que há famílias que se nós envolvermos não vão perceber se calhar o que estamos a tentar transmitir. Há algumas com mais habilitações, outras com menos. Este aspeto é fundamental. Depois tudo isso tem de ser contextualizado, acho eu.</i></p> <p>Educadora 2 – <i>Cada caso é um caso.</i></p> <p>Educadora 1 – <i>Há pais que se envolvem na avaliação e temos outros pais que são mais espetadores e não se envolvem. (...) Temos famílias que se envolvem na avaliação e que percebem claramente quais são as dificuldades, os pontos fortes e fracos da criança e temos outras famílias que não.</i></p> <p>Educadora 2 – <i>Por exemplo, uma das coisas que nós temos preconizadas é a avaliação no contexto natural, não é, e às vezes durante o dia, atendendo às agendas, é mais fácil em contexto natural da creche, da ama. Aí os pais não estão. Eles sabem que vamos lá, informamos, informamos depois do feedback do que o rastreio deu.</i></p> <p>Educadora 3 – <i>Na exploração das rotinas também muitas vezes há envolvimento dos pais, em contactos. (...) É assim mais ou menos que vamos conseguindo que eles colaborem para nós tirarmos partido dessa avaliação, desses contextos.</i></p>
ELI Centro	<p>Enfermeira 1 – <i>(...) porque há sempre aquela intenção dos pais tentarem fazer com que os seus filhos façam o melhor e o ajudar, quer dizer, é evidente que eles têm de ser preparados antes para que não haja esta envolvimento ou esta demasiada envolvimento para que não esteja ali a mascarar, digamos, aquilo que pretendemos avaliar.</i></p> <p>Psicóloga – <i>Depende da família.</i></p> <p>Educadora 2 – <i>Também há situações de avaliação em que não é previsto que os pais estejam... podem reforçar e colaborar mas não no sentido de interferirem propriamente.</i></p> <p>Educadora 1 – <i>Mas por exemplo em crianças muito novas, não no sentido de os pais ajudarem os filhos, mas no sentido de determinado item, que a criança não está a colaborar connosco, nós passarmos o... (...) Capacitamos a família e isso muitas vezes é... isso não é necessariamente ou dificilmente é planificado. Isso às vezes nós também nos vamos ajustando durante a avaliação: “experimente desta maneira ou daquela fazer isto com ele, pode ser que colabore melhor”.</i></p>
ELI Lisboa e Vale do Tejo	<p>Psicomotricista – <i>Numa primeira fase normalmente os pais estão presentes. E eles gostam de estar presentes.</i></p> <p>Terapeuta da Fala 1 – <i>Podem é interferir um bocadinho na avaliação.</i></p> <p>Terapeuta da Fala 1 – <i>Em relação a isso, se for uma criança que precise que eu aplique um determinado instrumento, sou eu que o vou aplicar, os pais ficam como observadores. Agora se for um instrumento em que eu não esteja a aplicar, proporciono que haja ali uma interação que depois eu observo.</i></p> <p>Psicomotricista – <i>Eles têm uma postura mais de observador mas, se a criança não estiver realmente a colaborar, solicitamos aos pais.</i></p>

1.7. Tempo de duração do processo de elegibilidade

O tempo de duração do processo de elegibilidade varia entre as ELI. Para as ELI Norte e Centro este processo tem uma duração média de 1 mês, enquanto que para a ELI Lisboa e Vale do Tejo pode ter entre 1 a 2 meses de duração. Os profissionais desta ELI mencionaram também que há alturas do ano em que o processo é mais moroso devido a uma menor disponibilidade da sua parte, o

que ocorre sobretudo na altura da preparação das transições de contexto educativo de crianças já acompanhadas pela ELI. Esta ELI poderá ter um número elevado de processos para os recursos humanos existentes.

Em todas as ELI foi referido como constrangimento o tempo de duração do processo de elegibilidade que por vezes é mais demorado devido à disponibilidade dos pais e não devido à disponibilidade dos profissionais. A questão do tempo é crucial porque o momento do encaminhamento e da elegibilidade para o SNIPI ocorre num período de grande vulnerabilidade com a entrada de um novo serviço na vida da família. Os profissionais deverão pensar numa forma de solucionar este problema e, assim, ultrapassar esta questão.

1.8. Constrangimentos

Esta categoria não está diretamente relacionada com o processo de elegibilidade das ELI e diz respeito a questões apresentadas pelos profissionais durante a entrevista e que eles consideram influenciar a dinâmica das equipas.

Os profissionais da ELI Lisboa e Vale do Tejo manifestaram sentir dificuldades no envolvimento e na disponibilidade da família no processo de intervenção:

Os pais têm pouca perceção do desenvolvimento e acho que isso às vezes é que é difícil. Aquilo que eu acho prioritário, pode não ser para um pai. O facto de eles não terem perceção do desenvolvimento da criança também acaba por ser limitativo para termos um bocado esta comunicação, digamos assim. (...) Se calhar a mim falta-me essa experiência, dizer: "olhe, ele devia fazer isto e isto ou isto e o que acho que é prioritário?" Se calhar falho um bocadinho por aí. A verdade é que também somos pressionados em termos de tempo, de gestão. Não há muito tempo para refletir e ter tempo para falar com a família. Essa se calhar é a grande barreira, não é não haver vontade mas se calhar a forma como as coisas são conduzidas.

(Psicomotricista)

São constrangimentos, que nós depois vamos continuando a fazer, a fazer um bocadinho com eles, um bocadinho mais paralelamente e não em conjunto, não é? Mas de facto isso acontece. Não há como não... Não é perfeito. O ideal seria aquilo que nós sabemos, como está escrito, não é? Mas eu acho que nós não conseguimos fazer isso. Não é verdade.

(Terapeuta da Fala 1)

As dificuldades apresentadas pelos profissionais desta ELI revelam necessidade de formação acerca dos modelos teóricos e de referência da IPI, sobretudo ao nível das práticas centradas na família, da apropriação de conceitos-chave da IPI e da sua operacionalização na prática.

Por parte da ELI Norte, o constrangimento manifestado durante a entrevista diz respeito à área geográfica de abrangência da ELI.

Verificámos que a ELI Norte tem uma reunião mensal com a presença de todos os seus elementos e semanalmente existem reuniões restritas a nível concelhio. Esta ELI abrange vários concelhos e os elementos que constituem cada uma destas equipas mais restritas variam consoante as áreas geográficas que lhes são definidas ou pelo local onde exercem a sua atividade profissional. Os profissionais sentem-se condicionados no seu trabalho junto das famílias pois como têm dias específicos para as diferentes áreas geográficas, a sua disponibilidade nem sempre coincide com a que é apresentada pelas famílias ou pelos outros colegas da ELI.

Agora no meio disto tudo temos muita dificuldade em gerir os tempos, em fazer estas referências e estas avaliações no tempo que nós desejaríamos (...) Não é pela falta de vontade de fazer mas pela... em todo o caso, nós da educação estamos a 100% e estamos aqui a pica, pica, pica, a pressionar o resto das colegas, que nós precisamos da colaboração deles e eles têm 500 coisas a atender...

(Educadora 2)

Mas não estão todos os dias no mesmo concelho, também nos limita. Nós só estamos aqueles X dias de semana naquele concelho e temos de arranjar ali naquele dia... (...) Já limita a agenda de um técnico que esteja também disponível naquele dia, naquela hora.

(Educadora 3)

2. ENTREVISTAS AOS PROFISSIONAIS DAS ELI, DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO E ÀS FAMÍLIAS APÓS A UTILIZAÇÃO DO ASQ-PT

Os objetivos definidos para a entrevista aos profissionais após a utilização do ASQ-PT foram:

- conhecer as vantagens e desvantagens da utilização do ASQ-PT;
- perceber qual a colaboração das famílias durante a utilização do ASQ-PT;
- perceber como o ASQ-PT ajuda os profissionais a valorizar a participação dos pais.

Para alcançar estes objetivos, pretendemos conhecer as dificuldades sentidas pelos profissionais, as vantagens e desvantagens de utilização do ASQ-PT, as mudanças que implementariam

para melhorar o processo de rastreio e se recomendariam o sistema ASQ e utilização do instrumento ASQ-PT a outros profissionais da sua área profissional.

Os objetivos da entrevista realizada às famílias cujas crianças foram rastreadas com o ASQ-PT foram:

- conhecer a perceção das famílias sobre a utilização do instrumento;
- perceber o tipo de colaboração das famílias durante o rastreio da criança com o ASQ-PT;
- perceber o interesse e a compreensão das famílias acerca do desenvolvimento da sua criança.

Pretendemos então perceber como as famílias se inteiram acerca do desenvolvimento da criança e como atuam quando têm preocupações acerca do desenvolvimento, bem como conhecer qual foi a sua colaboração no rastreio e as vantagens e as desvantagens da utilização do ASQ-PT.

Os dados recolhidos são apresentados de acordo com os temas definidos, onde são explicitadas as categorias e subcategorias obtidas da análise das entrevistas.

Para a análise das entrevistas delineámos como temas:

1. Processo de elegibilidade para o SNIPi;
2. Identificação precoce e referenciação para a ELI;
3. Desenvolvimento;
4. Crianças rastreadas e preenchimento do questionário;
5. Obstáculos no rastreio;
6. Vantagens do rastreio com o ASQ-PT;
7. Desvantagens do rastreio com o ASQ-PT;
8. Sentimentos durante o rastreio;
9. Mudanças para melhoria do processo de rastreio com o ASQ-PT;
10. Recomendações.

Os primeiros quatro temas foram abordados em entrevistas específicas: o tema 1 nas entrevistas aos profissionais das ELI, o tema 2 nas entrevistas aos profissionais de saúde e de educação e o tema 3 nas entrevistas às famílias. Os temas 4, 5 e 9 não foram abordados nas entrevistas com as famílias.

Iniciamos esta análise com uma referência em relação à utilização do ASQ-PT por parte dos profissionais da ELI Centro. Estes não puderam utilizar o instrumento uma vez que, durante o período previsto para a utilização do ASQ-PT, não receberam referenciações: *“Nos outros anos efetivamente no início do ano letivo costuma haver várias referenciações, o que não foi o caso este ano. Isso não*

aconteceu” (Enfermeira 1). Esta situação foi considerada anómala por parte dos seus elementos. No entanto considerou-se importante a realização da entrevista para recolher a sua opinião acerca do feedback recebido por parte dos profissionais e dos pais que utilizaram o ASQ-PT e do feedback das referências recebidas após o rastreio.

2.1. Processo de elegibilidade para o SNIPI

Nas entrevistas aos profissionais das ELI abordámos o processo de elegibilidade das crianças para o SNIPI. Pretendemos perceber se este processo tinha tido alterações devido à utilização do ASQ-PT e, por esse motivo, questionámos novamente os profissionais acerca dos elementos referenciadores das crianças, dos procedimentos da ELI na organização dos primeiros contactos e da avaliação das crianças, da preparação do rastreio com o ASQ-PT e qual o envolvimento dos pais durante o rastreio. Este tema, pelos motivos acima expostos, não foi abordado na entrevista com a ELI Centro.

Nas ELI Norte e Lisboa e Vale do Tejo nem todos os profissionais utilizaram o ASQ-PT devido ao número de referências recebidas durante o período de recolha de dados e pela descrição do motivo da referência. Salientamos que na ELI Lisboa e Vale do Tejo a maioria das referências recebidas são de crianças com diagnóstico médico ou com avaliações de desenvolvimento, o que, segundo os profissionais, invalidou o rastreio de mais crianças com o ASQ-PT.

Sobre os elementos referenciadores de crianças para o SNIPI, a ELI Norte identificou os profissionais da saúde (enfermeiros, médicos e pediatras) como principais referenciadores das crianças, salientando-se algumas referências realizadas por profissionais de educação, famílias e outras entidades, nomeadamente a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. As referências para a ELI Lisboa e Vale do Tejo são sobretudo realizadas por profissionais de educação e de saúde, com um aumento por parte destes últimos elementos, e esporadicamente de pais, orientados por profissionais de saúde.

No que diz respeito aos primeiros contactos a realizar com a família, a ELI Norte referiu que são os profissionais que definem quem estará presente nesta etapa, normalmente 2 elementos. A decisão sobre os elementos presentes na avaliação é definida juntamente com a família e depende do instrumento de avaliação a utilizar, da disponibilidade dos profissionais (que não estão diariamente na mesma área geográfica) e da disponibilidade das famílias. Na ELI Lisboa e Vale do Tejo também é da equipa a decisão do profissional presente na avaliação, mediante o motivo da referência. Quando

são casos de risco ambiental, pode haver também a presença de uma assistente social, com o intuito de realizar uma triagem.

2.2. Identificação precoce e referenciação para a ELI

Com vista à identificação de crianças com problemas de desenvolvimento, os médicos e os enfermeiros referiram que ouvem as preocupações dos pais e dos educadores, observam a criança, fazem o exame físico e o rastreio com a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan, que está na plataforma do Sistema Nacional de Saúde. Durante a consulta de enfermagem, os enfermeiros fazem um rastreio das crianças pesam-nas, medem-nas e têm o cuidado de oferecer aos pais indicações acerca de aspetos relacionados com o desenvolvimento infantil. Logo após esta primeira consulta, alguns enfermeiros dão indicações aos médicos das questões abordadas na sua consulta. Alguns enfermeiros, num trabalho de equipa com os médicos, podem ainda fazer em conjunto o rastreio de desenvolvimento à criança.

A utilização da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan é considerada em 2 CS como útil porque é uma escala resumida e que permite uma avaliação global da criança, *“Tem lá os pontos fulcrais, não é, os pontos essenciais”* (Enfermeira 1 – CS 1) que permitem identificar as etapas de desenvolvimento das crianças. No entanto, esta visão acerca da escala não é unânime e alguns profissionais também consideraram que *“A Sheridan é mais geral.”* (Enfermeira 1 – CS 1), *“A Sheridan é um bocadinho limitada, é verdade, não vamos mentir. E depois só preconiza aquela avaliação naqueles meses, nós podemos até avaliar mas é mais um registo...”* (Enfermeira 2 – CS 2) e *“se eu pergunto o seu filho já fala 15 sílabas, diz pai e mãe, mas já fala? Quer dizer, é muito abrangente”* (Enfermeiro 1 – CS 2). Esta perceção da escala surge porque, segundo a Enfermeira 2 do CS 2, *“o momento da avaliação nem sempre corresponde àquilo que a criança é na realidade. (...) O que faz com que por vezes nos apareçam mais tarde graves dificuldades, atrasos em determinadas áreas, o que complica depois em termos de escola, complica um bocadinho as coisas. Depois os pais ficam um bocadinho céticos quando confrontados com algumas situações.”*

De acordo com a Enfermeira 1 do CS 1, estão previstas consultas de saúde infantil após o nascimento da criança e antes dos 28 dias, aos 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 e 2 anos, para além dos momentos de vacinação. Esta informação é consonante com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Direção-Geral de Saúde, 2013), que refere ainda consultas aos 3, 4 e 5 anos, esta última onde é realizado um exame global de saúde.

Em alguns dos CS, há rastreios organizados pelos enfermeiros e realizados por outros profissionais, nomeadamente fisioterapeuta e terapia da fala, e o seu resultado é depois apresentado aos médicos. No CS 4 existe um rastreio realizado pela psicóloga a todas as crianças do concelho aos 2 anos de idade para despiste de problemas de desenvolvimento.

De uma forma geral, os profissionais dos CS consideram que é difícil detetar todas as crianças com problemas de desenvolvimento, mas por vezes, quando não é possível numa consulta, conseguem-no na consulta seguinte.

No serviço de Pediatria do Hospital, há dias específicos para o rastreio de desenvolvimento que é realizado pelas pediatras e existem também outros profissionais (psicóloga e psicomotricista) que fazem avaliações de desenvolvimento. Também nas consultas de Pediatria Geral ou de Neurodesenvolvimento, dependendo do motivo da consulta, é realizado rastreio de desenvolvimento. Como instrumento utilizado, foi especificada a Escala de Desenvolvimento Ruth Griffiths.

As profissionais de educação apresentaram variadas formas de identificar problemas de desenvolvimento nas crianças, formas essas identificadas no gráfico 7.

As profissionais de educação de 10 instituições identificam problemas de desenvolvimento numa criança através do seu comportamento, isto é, a forma de estar e de reagir às situações do dia-a-dia, a resposta e a iniciativa da criança e o tempo de execução das tarefas. Também as competências que as crianças devem adquirir numa determinada faixa etária são relevantes para as profissionais de 9 instituições de educação. As diferentes áreas de desenvolvimento foram referidas em 6 entrevistas como forma de identificar problemas de desenvolvimento, sendo especificadas a área da linguagem, da socialização e da interação. Na IE 6 indicaram as áreas da linguagem e da motricidade como sendo aquelas onde se deteta mais facilmente as dificuldades das crianças.

Os problemas de desenvolvimento das crianças são também identificados através da comparação entre crianças da mesma idade, apesar de ser referido pelas profissionais que este método não deveria ser utilizado pois não se devem comparar as crianças, e da rotina do dia-a-dia. Em 3 instituições, as profissionais referiram a conversa com os pais como outra forma de identificar problemas de desenvolvimento.

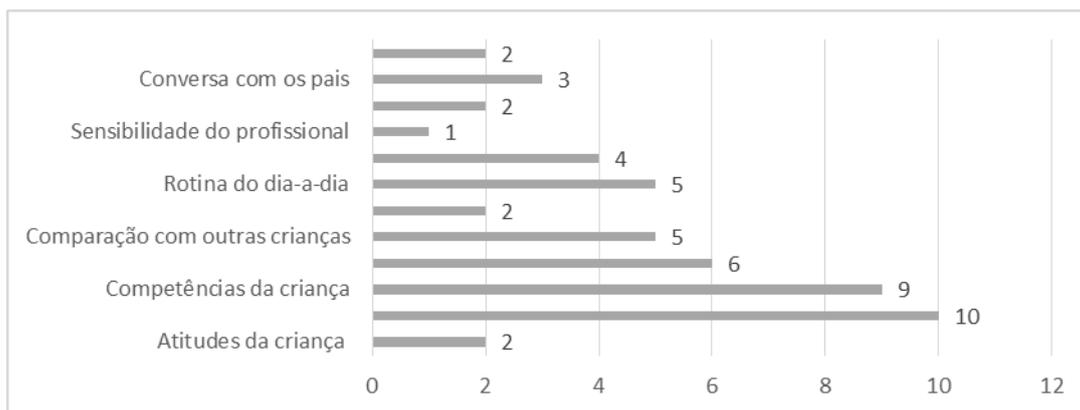


Gráfico 7 – Como as profissionais de educação identificam uma criança com problemas de desenvolvimento

Algumas das profissionais referiram que um entrave que pode existir ao encaminhamento das crianças quando é detetada algum problema de desenvolvimento é a dificuldade de aceitação por parte dos pais. Por esse motivo, há profissionais de educação que conversam com os pais no sentido de os sensibilizarem para a necessidade de encaminharem os seus filhos para os profissionais de saúde, de forma a que as suas preocupações sejam validadas por estes profissionais, o que nem sempre se verifica. Consideraram também que é mais fácil serem os profissionais de saúde a abordar as famílias acerca das dificuldades da criança, pois a aceitação é diferente.

Durante a análise das entrevistas, verificámos, então, que há profissionais de educação que têm dificuldades em abordar os pais quando a criança apresenta algum tipo de dificuldade, sobretudo por receio da reação destes. No entanto, sentem que têm o dever de os alertar, com cuidado, e salvaguardarem-se com essa conversa para que posteriormente não sejam interpeladas por não terem informado os pais relativamente às dificuldades da criança.

Em todas as instituições de educação foi referida a utilização de fichas, grelhas e tabelas de avaliação como forma de avaliar as crianças, de acordo com Ministério da Educação (Silva et al., 2016). Podemos ainda acrescentar que, numa instituição, foi referido que utilizavam, como recurso avaliativo, fichas de diagnóstico e o plano individual, elementos que estão previstos no manual de orientação para creche, intitulado *Creche – Manual de Processos-Chave* (Instituto de Segurança Social, 2010). Todos os documentos são construídos pelas profissionais, segundo as linhas orientadoras definidas pelo Instituto de Segurança Social (2010) e pelo Ministério de Educação (Silva et al., 2016).

Em 7 instituições, os profissionais não utilizam qualquer instrumento de rastreio de desenvolvimento. Em 4 instituições foi referido que têm acesso a alguns instrumentos formais, nomeadamente o Currículo Portage, a *Schedule of Growing Skills II* e a WPPSI. A profissional que

referiu ter acesso ao Currículo Portage não o utiliza regularmente e a WPPSI não é utilizado pelas profissionais com formação em educação de infância. Em 4 instituições de educação existem outros profissionais que realizam avaliações formais de desenvolvimento, nomeadamente psicólogo, terapeuta da fala e equipas de educação especial.

A diversidade e multiplicidade na identificação de problemas de desenvolvimento e a não existência de um instrumento uniformizador de critérios poderão ser considerados entraves ao nível da deteção, pois podem originar uma subdeteção.

Uma dificuldade salientada na instituição 9 foi a necessidade de mais orientação para a construção de instrumentos de avaliação e de registos, porque consideram que não têm acesso aos documentos provenientes do Ministério da Educação para a preparação destes instrumentos. No entanto, os documentos deste Ministério encontram-se disponíveis *online*. Apesar de algumas das profissionais procurarem formação na área da avaliação, continuam a sentir-se limitadas no seu trabalho.

No que diz respeito ao procedimento de referenciação para o SNIPI, todos os profissionais de saúde referiram conhecer como é realizado e especificaram que existe um documento na plataforma do Sistema Nacional de Saúde para o efeito. Esse documento, depois de preenchido, é imprimido e enviado para a ELI. Verificámos que a quase totalidade dos profissionais já referenciou crianças para o SNIPI.

Em relação às profissionais de educação, verificámos que nem todas conhecem o procedimento de referenciação para o SNIPI e a maior parte desconhece quem pode fazer a referenciação. Algumas das profissionais nunca fizeram uma referenciação sozinhas, pois tiveram sempre a colaboração de elementos da ELI que as ajudaram ou lhes preencheram as fichas de referenciação. Na instituição de educação 2, é a psicóloga da instituição que realiza as referenciações. Nas instituições pertencentes ao Ministério da Educação, as profissionais, para além de poderem referenciar as crianças para o SNIPI, podem também recorrer aos Serviços de Psicologia e Orientação, aos docentes de Educação Especial e aos terapeutas do Centro de Recursos para a Inclusão. Na instituição 9, as profissionais referiram que existe para as crianças do concelho um rastreio de Terapia Ocupacional realizado através do Centro de Saúde. Nas instituições 2, 3, 5 e 6 nunca sentiram a necessidade de referenciar crianças. No entanto, em algumas destas instituições, após a utilização do ASQ-PT, as profissionais de educação referenciaram crianças para o SNIPI pela primeira vez.

2.3. Desenvolvimento da criança

Pretendemos saber como é que as famílias se inteiram sobre o desenvolvimento da sua criança e percebemos que na sua maioria recorrem a profissionais de educação (8 famílias) e a profissionais de saúde – pediatra e/ou médico de família - (5 famílias), tal como se pode verificar no gráfico 8. Foi referido pelas famílias que também procuram informação em livros (2 famílias), “*Também leio livros, não é, que me foram dados na altura do parto e antes*” (família 6), ou na internet (4 famílias), “*Hoje em dia internet para tudo.*” (família 12) e “*A internet é mais um guia*” (família 4), ou conversam com familiares – mãe, pai, irmãs - (2 famílias) ou amigos (3 famílias), para partilha de experiências ou para tirar dúvidas. Nas entrevistas a 2 famílias verificou-se que, devido à sua formação, existia já conhecimento acerca de desenvolvimento e a família 2 referiu também que observa a sua criança. Há 3 famílias que comparam o desenvolvimento dos seus filhos ou com os filhos de amigos ou com outras crianças. A família 10 também usa o senso comum que define como “*ter a ideia do que nós achamos que nesta idade é normal ou é previsto*”.

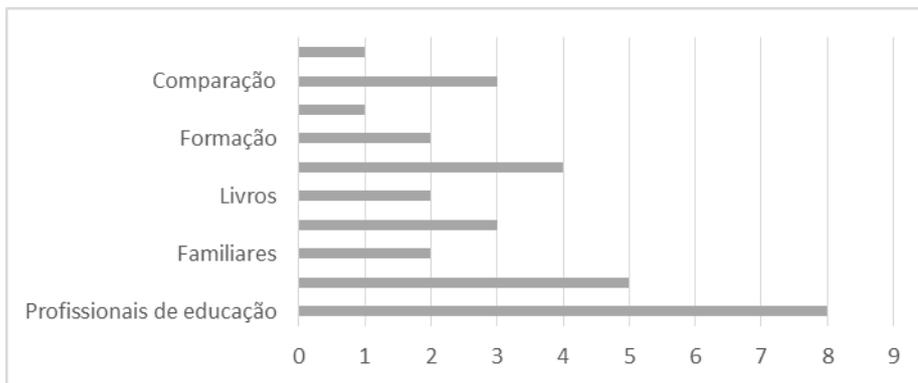


Gráfico 8 – Como as famílias se inteiram do desenvolvimento das suas crianças

Em relação ao desenvolvimento da sua criança, foi nosso intuito ainda conhecer a quem é que as famílias recorrem quando têm preocupações. Percebemos que 12 famílias falam com os profissionais de saúde (médico de família e/ou pediatra e enfermeiros) e 10 famílias abordam os profissionais de educação (educadores de infância) para tirar dúvidas ou procurar conselhos, “*Agora a escola, a escola ensina-me a mim própria às vezes*” (família 13). A família 9 justificou recorrer aos profissionais porque “*acho que é um bocadinho mais seguro*”, enquanto a família 5 disse “*os outros não adianta muito, é a opinião de bancada, digamos assim*”.

De acordo com os dados apresentados no gráfico 9, para além de procurarem ajuda junto de profissionais, 6 famílias referiram recorrer a outras formas de obterem informação, nomeadamente através de conversas com amigos, “*inicialmente é sempre o desabaçar com as amigas e colegas que têm filhos e o trocar impressões*” (família 10), de familiares (pais, irmãos), “*Pergunto à minha mãe, peço conselhos à minha mãe, muitas vezes também vou à internet ver alguma coisa, ver se é normal*” (família 7) ou da internet, “*Quando é em relação ao dia-a-dia da mãe e do pai, eu pesquiso na internet*” (família 13).

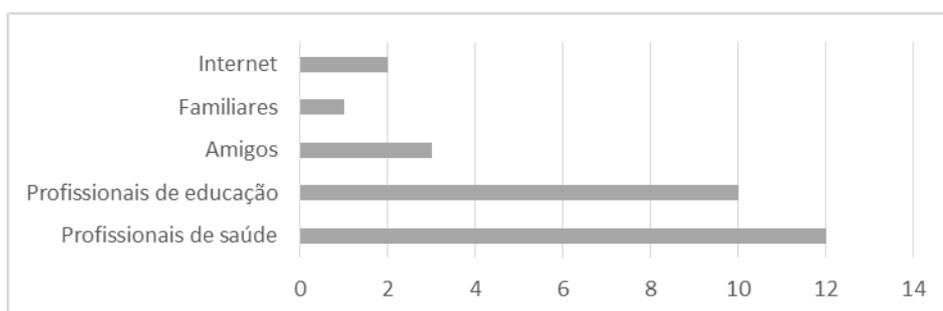


Gráfico 9 – A quem as famílias recorrem quando têm preocupações acerca do desenvolvimento das suas crianças

Verificamos então que as famílias recorrem sobretudo a profissionais da saúde e da educação, pois consideram que estes são quem tem conhecimentos na área do desenvolvimento e por isso lhes podem tirar de forma mais fidedigna as dúvidas apresentadas.

2.4. Crianças rastreadas e preenchimento do questionário

Os profissionais das ELI decidiram que iriam utilizar os questionários com todas as crianças referenciadas, desde que não tivessem avaliação de desenvolvimento ou diagnóstico, de forma a cumprir os requisitos de utilização do ASQ-PT. Apesar de poderem também utilizar o instrumento com as crianças que estão em vigilância, isso não se verificou.

A maioria das famílias preencheu sozinha o questionário, havendo algumas famílias que, devido ao seu baixo nível de escolaridade, preferiram preencher com os profissionais. Num caso pontual, a família, após o preenchimento, tirou dúvidas com um profissional como forma de validar as suas respostas.

Os profissionais de saúde optaram por rastrear as crianças que já tinham consultas de saúde infantil ou de pediatria agendadas, dentro do tempo de utilização do ASQ-PT. O processo de

preenchimento variou e, enquanto algumas famílias preencheram o questionário no CS, outras preencheram-no em casa. Esta segunda forma de preenchimento foi aplicada às famílias que os profissionais sabiam que não teriam dificuldade em compreender e interpretar os questionários. As famílias das crianças rastreadas no Hospital preencheram os questionários enquanto aguardavam pela consulta.

As profissionais de educação tiveram diferentes estratégias para decidir quais as crianças que iriam ser rastreadas. Em algumas instituições optaram por fazer uma escolha aleatória e, noutras, as profissionais decidiram escolher algumas crianças cujo desenvolvimento lhes suscitava dúvidas e preocupações. A maior parte das famílias preencheu o questionário em casa, havendo poucas profissionais envolvidas nesta etapa, e apenas um pequeno número de pais deu feedback às profissionais acerca do preenchimento e da participação no rastreio. Houve um número reduzido de famílias que solicitou ajuda às profissionais e duas das profissionais colaboraram no preenchimento dos questionários porque já tinham consciência de que as famílias não iriam conseguir compreender as perguntas devido ao baixo nível de literacia. Percebemos que a maioria das profissionais de educação tomou a decisão de não se envolver muito no processo de rastreio, optando por uma função de intermediária. Algumas justificaram esta decisão por considerarem que poderiam influenciar o resultado do rastreio.

2.5. Obstáculos no rastreio

Segundo a perceção dos profissionais, o rastreio com o ASQ-PT apresenta alguns obstáculos no preenchimento do questionário pelos pais e no processo.

Para os profissionais da ELI Norte e dos profissionais de saúde de 2 CS, o nível de literacia dos pais pode ser um obstáculo ao preenchimento do questionário, no entanto esta situação pode ser ultrapassada com a colaboração do profissional.

Segundo a análise da tabela 16, para os profissionais das ELI, dos profissionais de saúde de 3 CS e dos profissionais da instituição de educação 9, os obstáculos surgiram ou podem surgir, por parte dos pais, quando respondem sozinhos aos questionários, uma vez que podem não compreender as perguntas dos questionários do ASQ-PT. Segundo alguns profissionais, estas dificuldades podem dever-se a diversos fatores, como a falta de competências, questões socioculturais, dificuldades intrínsecas dos pais na interpretação, mas também à falta de envolvimento com a criança: *“ nós sabemos que não é só por uma questão sociocultural mas até, às vezes, por uma questão de dificuldades intrínsecas dos*

pais e nós sabemos que uma faixa considerável de crianças com critérios também tem o contexto parental com algum tipo de limitação, (...) ao nível da interpretação e mesmo do manuseamento de papéis" (Educadora 1 – ELI Centro); *"Por falta de competências [da família] e de envolvimento com a criança"* (Psicóloga – ELI Norte). Face a estes obstáculos, os profissionais consideraram que os pais podem adotar duas posturas distintas: apresentar as dificuldades sentidas ao profissional responsável pelo rastreio e obter a ajuda necessária ou preencher de acordo com a interpretação que dão ao que estão a ler. Na instituição de educação 9, duas profissionais referiram que, sem a sua colaboração, os pais não teriam conseguido preencher o questionário. Nos CS, as dificuldades sentidas pelos pais foram ultrapassadas com a colaboração dos profissionais de saúde no preenchimento dos questionários ou com uma explicação prévia do questionário. Segundo a enfermeira 2 do CS 4, alguns pais disseram *"que havia ali perguntas que não tinham a certeza se teriam respondido adequadamente ou não."* No entanto, algumas das questões preenchidas sem a ajuda dos profissionais não correspondiam às capacidades das crianças, na perspetiva dos profissionais.

No CS 3 foi referido que o nível de literacia e a compreensão estão interligados e a maioria dos pais disse ter tido dificuldade em interpretar o que era pedido. Os profissionais referiram que este CS se situa numa área geográfica onde a população apresenta um baixo nível de literacia, mas, na opinião da Enfermeira 2 do CS 2, é nestas comunidades *"que o trabalho tem de ser maior, esses são os que precisam mais da nossa ajuda"*.

Os profissionais do CS 3 referiram também que alguns pais, nas consultas de saúde infantil, sentem dificuldade em perceber a importância de implementarem as orientações dadas pela enfermeira e pelo médico acerca do desenvolvimento, de alimentação (na introdução de alimentos sólidos) e de higiene (no desfralde) para ajudarem a criança no desenvolvimento das suas capacidades e na aquisição de autonomia.

Segundo os profissionais das ELI, o desconhecimento que as famílias apresentam em termos de desenvolvimento e o objetivo de algumas das atividades que surgem nos questionários pode também dificultar a sua interpretação, apesar de ter como mais-valia o facto de dar exemplos para tornar mais perceptível o que deve ser observado.

Na instituição 5 foi referido pela profissional 1 que a adesão por parte dos pais ao rastreio ficou aquém das expectativas que tinham e gostaria que mais pais tivessem aceitado participar. Foi ainda mencionado pelas profissionais de educação da instituição 3 que, após o preenchimento pelos pais, um profissional deve validar as competências da crianças evidenciaram a necessidade de validação do questionário pelo profissional, *"serem vocês a fazer e de estarem com as crianças porque isso é*

essencial. Porque serem os pais ou sermos nós a fazer, a gente escreve o que quer e os pais escrevem o que querem e vocês [equipa de investigação] só podem avaliar o que lá está” (profissional 1).

Tabela 16 – Obstáculos no rastreio

Categoria	Subcategorias	Entrevistas	Frequência
Obstáculos	Nível de literacia	ELI	1
		Saúde	2
	Compreensão/interpretação dos pais	ELI	3
		Saúde	3
		Educação	1
	Desconhecimento sobre desenvolvimento	ELI	1
	Pouca adesão dos pais	Educação	1
	Necessidade de validação pelo profissional	Educação	1

2.6. Vantagens do rastreio com o ASQ-PT

Neste tema foram identificadas cinco categorias: processo, instrumento, profissionais, família e criança. Para cada categoria, apresentamos de seguida a análise realizada de acordo com as subcategorias obtidas.

No que diz respeito ao processo, os profissionais de saúde valorizaram a forma como este foi organizado, pois com a utilização do ASQ-PT “*Há um instrumento que faz um levantamento, há uma equipa que referencia e há uma equipa que trabalha*” (Enfermeiro 1 – CS 2), referindo-se à colaboração entre equipa de saúde e equipa de intervenção precoce. Este aspeto foi também referido pelas profissionais de 2 instituições, pois para a profissional 1 da instituição 9, “*As etapas todas do processo estavam bem delineadas*” e sentiu grande disponibilidade por parte da investigadora. O processo foi também facilitado pelo documento de consentimento informado para as famílias, onde era apresentado o estudo e, para a profissional 1 da instituição 5, se no futuro se implementar este rastreio no contexto educativo, “*teria que haver esse trabalho mas que podia ser apresentado numa reunião de pais*”.

A educadora 2 da ELI Centro considerou que “*É esta possibilidade de realmente irmos um bocadinho numa perspetiva mais aprofundada de uma triagem e conseguirmos filtrar aquilo que por vezes nos passa despercebido por uma série de fatores (...)*”. Com o ASQ-PT, os pais conseguiriam ter um enquadramento de questões de desenvolvimento que são importantes, e a que muitas vezes não é dado o devido valor, e aos profissionais de educação permitiria “*fazer esse aferir, ajuda um bocadinho a filtrar, a teia do filtro aperta mais um bocadinho.*” (idem) para que a identificação das dificuldades das crianças seja feita o mais precocemente possível.

De acordo com a tabela 17, em todas as ELI verificou-se um aumento do número de referências recebidas, sendo perceptível por parte dos profissionais quais as recebidas devido à realização do rastreio com o ASQ-PT. Na ELI Centro as referências recebidas tinham em anexo a folha de sumário com o resultado do rastreio. Na ELI Norte o rastreio com o ASQ-PT permitiu uma sensibilização e conhecimento do SNIPI por parte da comunidade. Percebemos que para os profissionais das ELI este fator teve um impacto positivo acerca do rastreio com este instrumento.

Segundo o psicólogo da ELI Lisboa e Vale do Tejo, *“(...) o questionário ajuda a rentabilizar o nosso trabalho”*. Esta ELI recebe um número considerável de referências de crianças que estão na iminência de transitar para o 1º Ciclo do Ensino Básico, cuja entrada é condicional, e há necessidade de fazer o despiste das dificuldades e perceber a pertinência dessa transição. Os profissionais consideraram que *“Nessa medida o questionário do modo como foi utilizado, poderia facilitar um pouco o nosso trabalho”* (idem), uma vez que o resultado do rastreio contribuiria para a tomada de decisão por parte dos pais e dos profissionais de educação.

Para os profissionais do Hospital, o processo de rastreio com o ASQ-PT permitiu que as famílias aproveitassem o tempo de espera da consulta a preencher o questionário e houve uma colaboração entre profissionais e pais sempre que se verificou essa necessidade. Como as famílias não tiveram conhecimento prévio que iriam preencher o questionário, os profissionais sentiram que os pais tiveram uma boa aceitação, contribuindo para isso também o fator surpresa e, ao mesmo tempo, *“aquilo foi bom porque de facto pô-los a pensar de uma forma mais intuitiva, digamos assim”* (Pediatra 1). Um fator relevante sentido pelas pediatras é a confiança que os pais têm na equipa de enfermagem. Pais e equipa de enfermagem apresentam uma boa relação, marcada pela empatia, o que permite aos primeiros sentirem-se bem nas consultas, contexto onde se sentem apoiados e com o à vontade suficiente para partilharem as suas dúvidas. O envolvimento da equipa de enfermagem também foi referido, nos CS 1 e 2, como uma mais-valia pois através da colaboração entre colegas conseguiram rastrear as crianças e dar o suporte necessário às famílias.

Para 3 famílias o envolvimento dos profissionais no rastreio foi considerado um fator positivo, *“Gostei que aqui se preocupassem com isso, no interesse em saberem como é que ela está a desenvolver-se, podiam simplesmente não querer saber”* (família 7). Para a família 3, a utilização do ASQ-PT permite também aos profissionais pensar e refletir sobre a criança e o seu desenvolvimento. Foi referido por 2 famílias como vantagem do processo o envolvimento dos pais no rastreio, *“acho que é bastante agradável assim porque um pai consegue assim perceber melhor o filho e as capacidades do filho”* (família 3). Cinco famílias referiram terem gostado de receber o feedback, *“E depois o*

feedback acho muito importante para os pais, acho importante porque se houver alguma coisa que precisa de ser trabalhada, quanto mais cedo se aperceberem melhor” (família 11). Verificámos que para as famílias foi muito importante o facto de poderem receber o resultado do rastreio, uma vez que as orienta para as competências que a criança tem de desenvolver, e estabelece de forma clara o seu nível de envolvimento, bem como o dos profissionais. Há, assim, uma maior valorização do desenvolvimento da criança, ao mesmo tempo que se promove um conhecimento mais aprofundado dos pais acerca das competências da sua criança.

Tabela 17 – Vantagens do processo de rastreio com o ASQ-PT

Categoria	Subcategorias	Entrevistas	Frequência
Processo	Organização	Saúde	1
		Educação	2
	Triagem mais aprofundada	ELI	1
	Aumento das referências	ELI	3
	Reabilitação do trabalho da ELI	ELI	1
	Aproveitamento do tempo de espera	Saúde	1
	Envolvimento dos enfermeiros	Saúde	1
	Aceitação das famílias	Saúde	1
	Confiança na equipa	Saúde	1
	Envolvimento dos profissionais	Família	3
	Envolvimento dos pais	Família	2
	Feedback do rastreio	Família	5
	Reflexão dos profissionais acerca da criança e do desenvolvimento	Família	1

O ASQ-PT permite uma identificação e um encaminhamento precoces, uma vez que, segundo as profissionais da ELI Centro, este rastreio foi indutor das referências recebidas e sentiram que sem ele as referências teriam sido realizadas num momento mais tardio. Em dois CS, o rastreio contribuiu para ajudar na identificação de problemas de desenvolvimento em crianças porque *“este vai mais ao pormenor”* (Enfermeira 1 – CS 1) e para o encaminhamento das crianças *“em termos de rastreio, temos tido crianças que em termos de avaliação de desenvolvimento que se calhar passavam ao lado e a gente não avaliava nem encaminhava para este tipo de...”* (Enfermeira 1 – CS 1). As profissionais de educação sentiram que *“Se calhar era uma forma de nos ajudar também na própria referência, já tínhamos alguns elementos e referencio esta criança porque realmente se situa numa zona em que tem que ser referenciada porque às vezes a nossa dificuldade é isso”* (profissional 6 – instituição 8), ajudando a aumentar a sua confiança para identificar as crianças e ao mesmo tempo ver *“como suporte de trabalho para uma ELI, da nossa parte. Eu vejo como um suporte para nós, para não mandarmos para a ELI crianças que não deveriam lá estar como se houvesse um rastreio”* (profissional 1 – instituição 8).

Em 2 instituições de educação, as profissionais salientaram que com o rastreio seria possível uma intervenção mais precoce, uma vez que poderiam rastrear todas as crianças e assim verificar o seu desenvolvimento e fazer uma referenciação para o SNIPI mais fundamentada. Verificamos que, sobretudo para as profissionais de educação, a utilização do ASQ-PT seria uma mais-valia porque ajudaria a aumentar a sua confiança para identificar as crianças e contribuiria para justificar o encaminhamento para o SNIPI tendo como suporte o resultado do rastreio. Do feedback recebido na ELI Centro por parte das profissionais de educação que participaram no rastreio, estas conseguiram envolver a família no processo de rastreio e partilhar as suas preocupações e as dificuldades da criança para ser realizado o encaminhamento.

Mesmo quando não há problemas de desenvolvimento, o ASQ-PT pode ser utilizado como prevenção porque permite aos profissionais e às famílias terem um olhar diferente e estarem mais atentos ao desenvolvimento, *“principalmente nas crianças mais pequenas”* (Enfermeira 1 – ELI Centro).

No CS 2, o ASQ-PT foi visto como uma ferramenta de trabalho a que podem recorrer nas suas consultas *“para nos facilitar, às vezes aquilo que nós não conseguimos ver naquele momento da consulta”* (Enfermeira 2 – CS 2).

Este instrumento apresenta, para profissionais e famílias, diversas características positivas. Os profissionais da ELI Lisboa e Vale do Tejo referiram que é um instrumento completo mas não muito específico, simples e prático. Tem poucos itens em cada área, dá uma visão global do desenvolvimento e a folha de sumário é de fácil compreensão para os pais em termos visuais por apresentar o gráfico. Segundo os profissionais de dois CS e do Hospital, o ASQ-PT permite uma análise mais fina do desenvolvimento, é simples, perceptível, está bem elaborado, com perguntas diretas e objetivas, com exemplos de imagens que ajudam os pais a perceber o que devem observar na criança e é ajustado à idade da criança.

Quanto às profissionais de educação, estas consideraram que o ASQ-PT é um bom instrumento de trabalho, é muito completo, está muito bem estruturado e elaborado e os pais disseram que é bom ter imagens (instituição 1); é direto, objetivo e as crianças gostaram de fazer as atividades (instituição 2); dá resultados válidos, não exige material específico e é de observação mais livre (instituição 4); é simples (instituição 5); *“Eu achei o inquérito fácil demais para os meus!”* (profissional 2 – instituição 9); é simples e com imagens e é muito específico quanto às idades, *“dividido pelos 21 [questionários], ainda é mais específico para cada, em poucos meses facilmente já estamos a aplicar outro”* (profissional 2 - instituição 10); é fácil de preencher e está tudo bem explicado (instituição 11).

As características positivas do ASQ-PT foram referidas por 8 famílias: “*Acho que era bastante simples*” (família 1), “*achei que era bastante prático, sobre o que a criança fazia (...) o questionário é bastante acessível e prático também, faz-se muito rapidamente*” (família 3), “*É intuitivo. Acho que é fácil de perceber o que é que se tem de responder em cada pergunta e é relativamente fácil de estar com a criança*” (família 4), “*achei as perguntas fáceis, simples, não muito elaboradas. Era fácil.*” (família 7) e era fácil de preencher, “*é um questionário muito acessível*” (família 8), “*Era um questionário muito direto, estava muito sucinto*” (família 9), “*O preenchimento achei fácil, acessível, compreensível, não exigia nenhuma tarefa difícil de realizar, não exigia muito tempo*” (família 11), “*tinha questões bastante pertinentes*” (família 12).

Da análise das características referidas acima, verificamos que o ASQ-PT é, de uma forma geral, considerado um instrumento acessível e de fácil compreensão, apresenta imagens e exemplos que ajudam à interpretação das questões, o seu preenchimento não é moroso e o resultado é perceptível devido ao gráfico da folha de sumário.

O ASQ-PT foi considerado mais uma ferramenta a que os profissionais das ELI podem recorrer durante o processo de elegibilidade das crianças para o SNIPI.

Na ELI Norte, a enfermeira 1 considerou que a organização dos questionários por idades leva quase a uma personalização destes às crianças rastreadas, por poderem ser utilizados diferentes questionários.

A utilização do ASQ-PT é um meio que permite às profissionais de educação valorizar o desenvolvimento das crianças junto dos pais, “*Também para eles verem realmente a importância*” (profissional 2 – instituição 3). Também nos CS esta valorização do desenvolvimento foi percebida, uma vez que as mães, os elementos principais no preenchimento dos questionários, deram outra importância ao desenvolvimento e preocuparam-se com o que as suas crianças já sabiam fazer ou já deveriam conseguir realizar, “*Até os alerta para possíveis coisas que às vezes eles desconhecem (...) e acho que isto faz com que alguns pais vejam realmente que os problemas existem*” (Enfermeira 2 – CS 2).

Com este instrumento as profissionais de educação de 2 instituições referiram que têm uma ajuda para a identificação das dificuldades das crianças. Permite também validar as preocupações das profissionais de educação de 7 instituições, “*fundamenta um bocadinho aquilo que eu acho deles. Nessa perspetiva eu acho que é uma boa ferramenta, até para nós, até para salvaguardar quando nós temos dúvidas ou questões específicas em determinado aspeto do desenvolvimento da criança, ajuda-*

nos às vezes a tirar pequenas questões ou a consolidar a dúvida que temos” (profissional 1 – instituição 5).

Na perspetiva destas profissionais, o facto dos pais preencherem o questionário ajuda-os a aceitar as dificuldades das crianças. Este aspeto é corroborado pelo relato da família 14, uma vez que estes pais sentiram que quer o preenchimento do questionário quer o resultado lhes permitiram validar as suas preocupações relativamente ao desenvolvimento da criança, dado que sentiam que estas não estavam a ser valorizadas pelos profissionais. Adicionalmente, estes pais sentiram que desta forma iriam conseguir obter a ajuda que consideravam ser necessária para a criança.

Os profissionais de saúde de 2 CS e 2 famílias consideraram que este instrumento alerta os pais e os profissionais para o desenvolvimento da criança, *“se calhar alertou-me ainda para mais questões das quais eu já tinha dúvidas”* (família 2), e os faz refletir sobre esse assunto, *“Se calhar porque há coisas que nos passam. Se calhar este questionário ajuda ao pormenor”* (Enfermeira 1 – CS 1).

O ASQ-PT, segundo alguns profissionais de saúde, permite comparar e aproximar preocupações e perspetivas de pais e profissionais pois a comunicação entre eles sobre o desenvolvimento da criança *“iria ser mais direcionada e mais efetiva”* (Enfermeira 2 – ELI Centro) e *“isto é uma forma de tirar aquele empolamento que os pais veem”* (Pediatra 2 - Hospital).

Alguns dos profissionais das ELI colaboraram com as famílias, sobretudo as que apresentavam fatores de risco ambiental, no preenchimento do questionário por necessidades sentidas pelas famílias ou porque verificaram que estas não iriam conseguir compreender e responder corretamente às questões sem o seu suporte. O facto de o questionário ser preenchido em conjunto por profissionais e família ajudou ao envolvimento desta e à sua tomada de consciência das capacidades da criança e permitiu *“ver o nível de envolvimento da família com a criança. Ajuda a perceber”* (Educadora 1 – ELI Norte). Na ELI Norte, a educadora 3 disse ter colaborado no preenchimento do questionário. Com as famílias com mais dificuldades, teve de assumir o papel de facilitadora, ao demonstrar ou explicar à criança o que tinha de fazer, ao passo que, com outras famílias, orientou-as no que tinham de observar e fazer com a criança. Os profissionais das ELI adequaram sempre o seu papel de acordo com as necessidades e competências das famílias.

Um aspeto referido em todas as entrevistas aos profissionais de saúde foi que este instrumento permitiu uma colaboração entre pais e profissionais, no sentido de que, sempre que existia alguma dificuldade no preenchimento do questionário, os pais podiam recorrer aos profissionais. Para algumas profissionais de educação, proporcionar esta colaboração *“É uma forma de interagir com os pais, de*

chegar aos pais” (profissional 3 – instituição 7). Após receberem os resultados do rastreio, na instituição de educação 1, as profissionais referiram que foi possível fazer um trabalho conjunto com as famílias porque *“Os pais levaram mas eu fiquei com cópia. Podemos fazer alguma coisa juntas dessas atividades, claro que sim, faremos”* (Educadora 3) e houve interesse por parte de alguns pais em saber se as crianças no contexto educativo já conseguiam realizar determinadas atividades que eram mencionadas no questionário de forma a responderem o mais corretamente possível. De acordo com 2 famílias, a colaboração entre pais e profissionais é importante, *“Porque acho que é uma maneira da gente saber que temos alguém que nos pode ajudar com os problemas que os nossos filhos têm”* (família 1).

A capacitação que o ASQ-PT proporciona a profissionais e pais foi um aspeto bastante frisado na maioria das entrevistas. Aos profissionais, o instrumento trouxe informação que podem utilizar posteriormente nas consultas: *“Vou pedir à criança para fazer isto, estava no questionário e já nos dá uns dados se consegue ou se tal. É vantajoso por causa disso”* (Enfermeira 2 – CS 2). As profissionais de 3 instituições de educação referiram que a capacitação é *“Para os pais e para nós. (...) Sim, ajuda também a compreender algumas coisas”* (profissional 1 – instituição 6), e deu ideias para envolver mais os pais: *“também podemos através deste questionário aprender alguma coisa, no sentido que se calhar não era mau de todo, de nós começarmos no início de cada ano letivo a organizarmos nós por exemplo uma ficha ou uma entrevista ou um rastreio aos pais”* (profissional 2 – instituição 12).

Na perspetiva dos profissionais de saúde, as famílias ficaram mais despertas para o que é esperado que a criança consiga realizar e algumas demonstraram posteriormente estarem empenhadas em fazer atividades promotoras do desenvolvimento, mostrando-se capacitadas para o fazer. O preenchimento do ASQ-PT, segundo as profissionais, capacitou as famílias, *“É uma maneira de eles também conseguirem através de um instrumento perceber se realmente a criança precisa de ser estimulada e em que aspetos ou se estão a fazer um bom trabalho. Dá para os dois lados, dá para ver se aquilo que estão a fazer é correto ou se precisarão de fazer outro tipo de atividades que possam promover algumas coisas que estejam mais em baixo”* (profissional 1 – instituição 6).

Salientamos da análise da tabela 18 que dez famílias se sentiram capacitadas acerca do que poderiam fazer com a sua criança para a ajudar a desenvolver novas competências, *“Gostei de fazer o questionário para saber e ver o que o bebé ainda vai fazer (...) Sim, dava-nos mais... como é que hei de dizer... vontade de o conhecer ainda mais, de ir saber “olha ainda não faz isto e quem me dera que já fizesse””* (família 6), *“... gostei da experiência e é uma coisa que a gente aprende sempre novo e dá conhecimento aos pais para trabalhar com as crianças e ter mais tempo para os filhos. (...) E aprendi*

com os jogos, fazer coisas diferentes sem ser pintar, sem ser desenhar, porque a gente é só isso, que a gente tem a noção de eles quererem aprender.” (família 13).

Segundo profissionais da ELI Lisboa e Vale do Tejo, este instrumento permite centrar o trabalho na família, tal como o preconizado em *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um guia para profissionais* (Carvalho et al., 2016), para que os pais estejam mais envolvidos e os profissionais no momento do rastreio não tenham um papel tão ativo por serem considerados os especialistas em desenvolvimento. Com a utilização do ASQ-PT, os profissionais tiveram acesso a informação *“que acho que não é assim tão comum às vezes acontecer, a ser os pais logo a dar-nos este parecer todo”* (Terapeuta Ocupacional). O ASQ-PT dá também informação aos profissionais sobre a família e a criança, ajudando na forma como será desenvolvido o trabalho conjunto ao nível da intervenção.

Nas ELI onde o instrumento foi utilizado, este ajudou à definição de critérios de elegibilidade, podendo ser complementado com outro tipo de questionário ou de instrumento, e contribuiu para a identificação das dificuldades das crianças, o que foi considerado um facilitador para orientar a intervenção. Também as profissionais de educação viram o ASQ-PT como forma de orientar a sua intervenção com as crianças, porque lhes permitiu perceber as áreas de desenvolvimento em que as crianças apresentavam dificuldades e ao mesmo tempo alertar os pais onde deve existir um maior investimento para que essas dificuldades sejam ultrapassadas, *“já estou a ver este instrumento como ponto depois de partida para trabalhar aspetos que saiam negativos do seu preenchimento”* (profissional 1 – instituição 4).

O facto de, mediante o resultado do rastreio, poder ser dado aos pais um conjunto de atividades e estratégias que contribuem para a estimulação das crianças foi visto pelos profissionais do CS 2 e do Hospital como positivo, pois alguns pais mostraram-se preocupados e empenhados em ajudar as suas crianças, procurando também saber se havia necessidade de ser realizado um encaminhamento para algum serviço específico. As profissionais de educação da instituição 2 consideraram uma mais-valia a entrega de atividades anexada à folha de sumário porque assim conseguiram abordar os pais sem os alarmar e ao mesmo tempo dar informação do que podem fazer *“de modo a que eles percebessem “ok, aqui está alguma coisa que pode ser melhorada mas também está aqui a dica para”. Para não se sentirem tão perdidos”* (profissional 2). Para a família 12 receber atividades para desenvolver com a sua criança permitiu-lhe perceber o que era importante fazer para a estimular e ajudar a adquirir novas competências.

Para 4 famílias o envolvimento da criança com a realização de atividades específicas foi do seu agrado, *“foi mesmo a realização das atividades. Foi engraçado e vermo-nos envolvidos com ele.”* (família 8).

As profissionais de 8 instituições de educação consideraram importante o facto de o resultado ir ao encontro das suas perceções acerca das crianças, *“Eu acho que os meus fizeram muito bem porque veio de encontro ao que eu penso sobre os miúdos. Todos eles”* (profissional 1 – instituição 1) e *“Algumas coisas também coincidiam com a avaliação que tinha sido feita no final do 1º período. Foi um reforço, vá lá”* (profissional 1 – instituição 7). Houve no entanto uma situação contrária na instituição 5 que foi justificada à profissional pela família, uma vez que esta preencheu apenas parte do questionário e o restante foi preenchido pela filha mais velha, ainda criança, o que enviesou o resultado.

Segundo as profissionais de educação de 2 instituições, este instrumento pode ser utilizado como complemento à avaliação das crianças que realizam. Este rastreio tem uma abrangência maior do que essa avaliação porque os itens são diferentes e este instrumento é mais minucioso e contribui para uma deteção precoce.

Tabela 18 – Vantagens do instrumento no rastreio

Categoria	Subcategorias	Entrevistas	Frequência
Instrumento	Identificação precoce	ELI	1
		Saúde	2
		Educação	6
	Encaminhamento precoce	ELI	1
		Saúde	2
		Educação	4
	Intervenção mais precoce	Educação	2
	Prevenção	ELI	1
	Rastreia todas as crianças	Educação	1
	Ferramenta de trabalho	Saúde	1
	Características do ASQ-PT	ELI	1
		Saúde	3
		Educação	6
		Família	6
	Organização dos questionários	ELI	1
	Valoriza desenvolvimento	Educação	3
		Saúde	1
	Identificação de dificuldades	Educação	2
	Validação de preocupações	Educação	7
		Família	1
	Reflexão dos pais e profissionais	Saúde	1
	Alerta pais e profissionais para desenvolvimento	Saúde	2
		Família	2
	Aproxima preocupações e perspetivas de pais e profissionais	ELI	1
		Saúde	1
	Colaboração entre pais e profissionais	ELI	1
		Saúde	4
		Educação	3
		Família	2
	Capacitação de pais e profissionais	ELI	1
		Saúde	2
Educação		6	
Família		10	
Centrado na família	ELI	1	
Dá informação sobre família e criança	ELI	1	
Ajuda a definir critérios de elegibilidade	ELI	2	
Facilitador para a intervenção	ELI	1	
	Educação	1	
Dá atividades e orientações	Saúde	2	
	Educação	1	
	Família	1	
	Família	4	
Resultado ao encontro da perceção dos profissionais	Educação	8	
Maior abrangência do que avaliação realizada pelos profissionais	Educação	1	
Complemento à avaliação do profissional	Educação	2	

Na ELI Centro, a educadora 2 referiu que uma vantagem do rastreio com o ASQ-PT, especificamente para os profissionais de educação, é a sua sensibilização e o seu envolvimento e colaboração com as famílias. Assim, estas têm uma maior perceção acerca das etapas de

desenvolvimento e “no sentido desse olhar mais técnico e mais intencional e mais aprofundado, é que realmente vai pôr a família com um olhar mais enquadrado para determinadas situações”.

A utilização deste instrumento permitiu aos profissionais de saúde pensarem e refletirem sobre desenvolvimento infantil. O ASQ-PT ajuda os profissionais a conhecer melhor uma criança que vá às suas consultas, bem como o que os pais pensam sobre o desenvolvimento da sua criança. Os profissionais do Hospital consideraram que este rastreio traz vantagens para o seu trabalho ao nível da organização da consulta porque com o preenchimento do questionário há questões sobre desenvolvimento que ficam respondidas e os pais “quando chegarem à consulta já refletiram um bocadinho e se calhar vão fazer questões que nunca pensariam que iriam fazer” (Enfermeira 2).

Tal como apresentado na tabela 19, uma vantagem para as profissionais de educação de 6 instituições foi o facto de a utilização do ASQ-PT as fazer sentir aliviadas por terem um instrumento que as ajuda e tira dúvidas, “Acho que isso é o fundamental para nós. É ter algum suporte que nos diga realmente não está [a desenvolver como o esperado] ou que nos tire as dúvidas em relação ao miúdo ou em relação ao desenvolvimento” (profissional 1 – instituição 1) e “Se nós tivéssemos esse tipo de questionário que aplicássemos, talvez ficássemos mais tranquilas” (profissional 1 – instituição 8). Em 4 instituições, as profissionais sentiram reforço da sua perceção acerca do desenvolvimento das crianças, “só vem reforçar aquilo que eu tenho dito e aí é bom, (...) Neste caso veio-me ajudar a reforçar mais, mais uma pessoa exterior que veio dizer, mais algo que veio dizer, comprovar aquilo que eu tenho vindo a dizer ao longo destes anos” (profissional 1 – instituição 10). As profissionais de 2 instituições consideraram que, devido ao ASQ-PT, tomaram consciência dos sentimentos dos pais. Na instituição 2, mediante alguns resultados, eles assustaram-se e as profissionais conseguiram justificar e explicar como se processa o desenvolvimento das crianças e sentiram que “Se os pais não se interessassem, não ficassem assustados, é que seria de estranhar” (Profissional 2).

Tabela 19 – Vantagens do rastreio com o ASQ-PT para os profissionais

Categoria	Subcategorias	Entrevistas	Frequência
Profissionais	Sensibilização dos profissionais de educação	ELI	1
	Envolvimento dos profissionais de educação	ELI	1
	Reflexão sobre desenvolvimento	Saúde	1
	Conhecer melhor a criança	Saúde	1
	Organização da consulta	Saúde	1
	Alivia e tira dúvidas com a utilização do ASQ	Educação	6
	Reforço da sua perceção	Educação	4
	Tomada de consciência dos sentimentos dos pais	Educação	2

Mediante a análise das entrevistas às profissionais de educação, podemos perceber que a realização do rastreio foi muito positiva porque, através da utilização do ASQ-PT, viram validadas as suas perspetivas acerca do desenvolvimento das crianças. Com este rastreio verificou-se um aumento da sua confiança pois sentiram que este instrumento lhes dá suporte na abordagem aos pais acerca de dificuldades de desenvolvimento das crianças.

As famílias de uma forma geral mostraram interesse pelo questionário e, segundo os profissionais, algumas faziam perguntas e mostravam-se curiosas e surpreendidas com as capacidades que as crianças demonstravam. Houve famílias que se mostraram satisfeitas por receberem a folha com estratégias porque as orientava no sentido de ajudar as suas crianças a adquirir novas competências.

O ASQ-PT, na opinião de profissionais e famílias, promoveu nestas últimas uma maior atenção, reflexão, consciencialização e responsabilização acerca do desenvolvimento da criança. Foi uma forma de as alertar para o que a criança deve ser capaz de fazer numa determinada faixa etária e as ajudar a identificar preocupações e a despistar dificuldades, *“Mas se tiverem uma diretiva para eles observarem, é mais fácil para eles terem uma perceção mais assertiva das coisas”* (profissional 2 – instituição 9) e *“acho que os ajuda a refletir um bocadinho, a parar um bocadinho para pensar, a observar com outros olhos, acho que é importante”* (profissional 2 – instituição 8). Segundo os profissionais dos CS 1 e 2, o preenchimento do questionário fez com que as famílias refletissem sobre o desenvolvimento em vez de estarem apenas focadas nas preocupações ao nível da saúde e do crescimento das crianças. Para as ELI Centro e Norte, este instrumento contribui para as famílias refletirem *“sobre coisas do dia-a-dia. (...) Que passam despercebidos e que não têm a menor noção que pode ser muito importante para o desenvolvimento da criança”* (Enfermeira 2 – ELI Centro) e aumenta a sua atenção pelo que *“Houve pais que referiram que “nem sequer olhava para isto, nem sequer me lembrava de olhar para isto e perceber se fazia (...) E é importante para o desenvolvimento, muito importante para o desenvolvimento”* (Educadora 3 – ELI Norte).

Segundo 10 famílias, o preenchimento deste instrumento permitiu-lhes estarem mais atentas ao desenvolvimento da sua criança, *“E é sempre interessante preencher estes questionários porque realmente, é a tal coisa, ajuda-nos a perceber determinadas coisas em determinadas alturas, porque às vezes eles não estão aptos ou até já estão aptos e nós com as correrias até nem tomamos atenção”*. (família 9), *“...acho que é bom termos a noção, aprendemos alguns jogos que podemos fazer com eles, até mesmo com a parte da avaliação e depois podemos estar mais atentos a certas coisas que, porque quem não está na área, (...) e cada um percebe da sua coisa e acho que é bom*

termos estas dinâmicas." (família 12). Houve 7 famílias que referiram terem refletido acerca do desenvolvimento da sua criança devido ao preenchimento do questionário, *"Obrigou-me a refletir sobre o meu filho, (...) em determinadas situações que eu não tinha pensado daquela forma."* (família 10), *"isto acaba por nos fazer parar um bocadinho e pensar e ver que há determinadas atividades que ele já devia fazer e que se calhar até já faz, outras que não, o que é que podemos fazer para ajudar, todos aqueles jogos que aprendemos, que de certeza se não tivesse havido este questionário nós não nos íamos lembrar (...) e pronto acho que também nos deu um grande conhecimento e agora queremos fazer as atividades recomendadas após a avaliação, com certeza."* (família 12).

Podemos então verificar, com a análise da tabela 20, que as famílias valorizaram o rastreio com o ASQ-PT, uma vez que lhes trouxe informação sobre o desenvolvimento da sua criança e aumenta a atenção dada a questões de desenvolvimento que, de outra forma, poderiam passar despercebidas ou não terem noção da sua importância.

Na ELI Lisboa e Vale do Tejo, com uma das referenciações recebidas devido ao rastreio, foi possível perceber junto dos pais que estes aceitaram participar no rastreio para validar as preocupações que já tinham em relação ao desenvolvimento da sua criança.

O preenchimento do questionário permitiu que as famílias regulassem emoções e algumas aumentaram a sua ansiedade ou, pelo contrário, puderam sentir-se mais calmas mediante o resultado do rastreio: *"Alguns serve para ficarem mais ansiosos mas também mais atentos e se calhar pedirem ajuda e intervirem e fazerem e outros para realmente perceberem o que vamos fazer, pensar e "vamos fazer alguma coisa que não está bem. Vamos trabalhar!"*" (Educadora 1 – ELI Norte) e *"acho que o resultado ajudou a acalmar um bocadinho também estas questões de ansiedade e perceber que era ali uma área e perceber que pode ser trabalhado"* (Psicomotricista – ELI Lisboa e Vale do Tejo). Alguns pais criam expectativas no momento em que recebem o resultado *"os pais acabam por querer perceber um bocadinho melhor, "realmente tem dificuldades, mas são muitas, são poucas?"*" (Terapeuta da Fala 1 – ELI Lisboa e Vale do Tejo) e *"mesmo os pais preenchendo e se calhar tendo algum tipo de noção, lembro-me de a mãe perguntar diretamente "o que é que acha?" (...), está sempre à espera da resposta do técnico apesar de certamente eles terem a sua perceção"* (Terapeuta Ocupacional – ELI Lisboa e Vale do Tejo). Houve famílias que, perante o resultado, ficaram mais recetivas para a intervenção a ser desenvolvida e mais disponíveis para se envolverem na intervenção. No entanto, nem todas as famílias reagem da mesma forma, como explicaremos adiante, e essa reação pode comprometer a colaboração e o trabalho conjunto a desenvolver entre pais e profissionais.

Para os profissionais da ELI Centro, este instrumento permite também mudar comportamentos dos pais porque *“só o ler e pensar e o questionar vai mudar comportamentos e rotinas e a forma como lidam com a rotina diariamente com a criança e só por aí pode ser uma grande vantagem para o desenvolvimento da criança e para o bem-estar da família”* (Enfermeira 2). Na instituição de educação 7, sentiram que a utilização deste instrumento contribuiu para *“perceber o que é que os pais estão a sentir”* (profissional 2) e para *“sensibilizar os pais”* (profissional 5). Os sentimentos da família durante o preenchimento do questionário foram mencionados por 4 famílias como um fator positivo porque *“Acho que ajudaram a pensar, acho que ajudaram, no meu caso, a apaziguar um bocadinho.”* (família 11).

Os profissionais do CS 3 consideraram que o envolvimento dos pais no rastreio foi importante. Na instituição 9, a profissional 4 sentiu que as famílias tiveram um maior envolvimento com a criança por terem tido uma participação ativa no rastreio, *“Vão fazendo com os miúdos, é tipo brincadeira”, “Nunca se tinham posto assim perante um desafio”* e *“Eu acho que é para os pais terem uma participação mais ativa na avaliação, isso é importante, eles não só participarem no que a criança faz na escola, é saber o que é que faz e realmente tomar consciência no momento “ah, tu já sabes fazer isso”, acho que aí eles envolvem-se mais”*.

Algumas das famílias que preencheram o questionário sem interagirem com a criança, sentiram posteriormente o interesse em verificar se efetivamente ela era capaz de realizar determinadas atividades, *“... ok, se isso foi tudo perguntado vamos lá fazer as coisas que devíamos ter feito, já não fomos a tempo do questionário, mas tivemos interesse em ver se ele realmente fazia ou não e acho que essa é a parte interessante do questionário”* (família 12). Ressalva-se, assim, o papel do questionário ASQ-PT como facilitador da interação entre pais e criança.

Para 6 famílias, a interação entre pais e criança foi considerada vantajosa, *“foi a interação com eles, haver aquela ligação de eu estar a pedir e eles estarem a ver o que eu estava a fazer e estar se calhar com mais atenção (...) o despertar e ver o que eles já faziam ou não faziam, acho que aí foi a parte mais engraçada.”* (família 5) e *“tem vantagens também para os pais se integrarem com a criança, porque às vezes o que falta muito aos pais é a falta de tempo (...) E agora é nós praticarmos com ele.”* (família 8).

Para a maioria dos profissionais, a maior vantagem do rastreio com o ASQ-PT é o conhecimento sobre desenvolvimento que lhes proporciona porque:

“As pessoas, apesar do acesso à informação e isso tudo, são ainda pouco viradas para um tema importante, acham tudo como adquirido ou não” (Pediatra 1 – Hospital).

. “até porque não há muito este tipo de questionário e acho que para eles é uma mais-valia para começarem a perceber em que nível é que as crianças estão” (profissional 1 – instituição 11).

. “eu acho que os pais não fazem ideia nem se preocupam com estes pontos que estão referidos no inquérito” (profissional 2 – instituição 9).

Com o ASQ-PT os pais valorizam o desenvolvimento pois “*abre um bocadinho as perspetivas e as expetativas que possam ter sobre o desenvolvimento dos seus filhos*” (Enfermeira 2 – ELI Centro) e começam a ter um olhar diferente acerca do desenvolvimento e das competências das suas crianças, porque “*Muitas das vezes eu acho que as famílias não têm a real noção do que o seu filho é capaz*” (Educadora 1 – ELI Norte) e “*Portanto também melhora a acuidade da lente, a acuidade visual em termos de desenvolvimento*” (Educadora 2 – ELI Centro).

Podemos verificar pela análise da tabela 20, que o preenchimento do ASQ-PT pelos pais permitiu a 12 famílias conhecer as competências da sua criança, “... o que eu sinto às vezes é que nem sempre nós conseguimos ter a perceção correta do que é suposto ele fazer em determinadas idades, e é nesse aspeto que nós falamos aqui um bocadinho com elas [profissionais de educação].” (família 12) e “*Foi mesmo descobrir se ela fazia ou não coisas que eu não sabia que ela já sabia. Fiquei a conhecer um bocadinho mais a minha filha.*” (família 4).

Segundo os profissionais do Hospital, o facto de os pais preencherem este questionário antes da consulta permite orientá-los para dúvidas sobre desenvolvimento a tirar com os pediatras e não apenas sobre questões de saúde ou de crescimento.

A família 10 manifestou que ao preencher o questionário sentiu que não está tão atenta às competências da sua criança como pensava e o facto de ter de parar para pensar fê-la verificar o que a criança já é capaz de fazer.

Na instituição de educação 8, as profissionais consideraram que o ASQ-PT permitiu aos pais terem mais conhecimento acerca do papel e da função da educadora de infância: “*aqui vai dar para eles situações que nós também desenvolvemos no jardim de infância e a importância que nós... o que nós fazemos e às vezes não é tão bem valorizado quanto isso*” (profissional 6). Este conhecimento levou à criação de uma relação de maior confiança entre pais e profissionais e estes sentiram que as famílias aumentaram a sua confiança na opinião das profissionais. Na instituição 12, uma das profissionais deu o seu testemunho: “*Eu por exemplo, o meu foi engraçado porque, por causa do questionário e da conversa, a mãe acabou por se abrir comigo sobre determinadas situações*” (profissional 1), o que também contribuiu para a criação de uma relação de confiança.

Tabela 20 – Vantagens do rastreio com o ASQ-PT para as famílias

Categoria	Subcategorias	Entrevistas	Frequência
Família	Interesse	Educação	4
	Curiosidade	ELI	1
		ELI	1
	Atenção	Saúde	1
		Educação	5
		Família	10
	Responsabilização	Educação	1
	Reflexão	ELI	2
		Saúde	1
		Educação	3
		Família	7
	Alerta	Educação	4
	Identificação de preocupações	Educação	1
	Validação de preocupações	ELI	1
	Criação de expectativas	ELI	2
	Sentimentos	Família	4
	Regulação de emoções	ELI	2
	Mudança de comportamentos	ELI	1
	Envolvimento	ELI	2
		Saúde	2
		Educação	4
	Participação ativa	Educação	2
	Interação	Família	6
	Conhecimento sobre desenvolvimento	ELI	3
		Saúde	4
		Educação	8
	Valorização do desenvolvimento	ELI	2
		Saúde	2
	Conhecimento das competências da criança	Família	12
	Consciência de não conhecer bem as competências da criança	Família	1
Orienta para dúvidas a tirar nas consultas	Saúde	1	
Construção de relação de confiança	Educação	1	
Confiança na opinião do profissional	Educação	2	
Conhecimento sobre papel e função do educador	Educação	1	

Para as famílias, a vantagem para a criança centra-se na sua colaboração com a família, pois *“porque lá está, comigo ela fez bem, com a educadora também colaborou mas se calhar se fosse uma psicóloga ou se fosse você a fazer, já não colaborava tão bem. Porque é um ambiente estranho com pessoas que não conhece, que não tem confiança, não é, acho que isso também ajuda um bocadinho”* (família 1).

Tabela 21 – Vantagens do rastreio com o ASQ-PT para as crianças

Categoria	Subcategorias	Entrevistas	Frequência
Criança	Colaboração	Família	4

2.7. Desvantagens do rastreio com o ASQ-PT

Neste tema foram identificadas cinco categorias: limitações, instrumento, profissionais, família e criança. Para cada categoria, apresentamos a análise realizada de acordo com as subcategorias obtidas.

Nove famílias entrevistadas mencionaram que o rastreio não apresentou desvantagens, no entanto muitas dessas famílias referiram posteriormente pontos menos positivos, pelo que efetivamente houve 3 famílias que não apresentaram qualquer desvantagem neste processo.

De acordo com os profissionais de saúde, as limitações que surgiram, apesar de serem referidas, não tiveram um impacto significativo na utilização do ASQ-PT. Assim, no CS 2 foi mencionado que gostariam de ter podido realizar o rastreio a todas as crianças, o que não era viável neste estudo por condicionantes de tempo de utilização do instrumento e de número de questionários disponíveis. Foi ainda frisado, pelos profissionais do mesmo CS, que o nível de literacia dos pais dificulta a compreensão dos questionários, aspeto que poderá ser ultrapassado com uma maior colaboração entre família e profissionais no momento do preenchimento: *“nós não vamos desperdiçar esta oportunidade, não é, de utilizar este rastreio às nossas crianças só porque um pai não consegue entender ou não consegue perceber aquilo que se está a fazer.”* (Enfermeira 2).

A psicóloga do CS 4 salientou que a comunidade dessa área geográfica não está habituada a participar em estudos, *“o que faz com que não estejam motivadas e interessadas nem percebam a importância destes estudos”* e *“não percebem porque é que se está a fazer isto”* (Médica), o que tornou a implementação do rastreio mais difícil e um pouco desmotivante para estes profissionais. No mesmo CS, sentiram que o rastreio com o ASQ-PT, *“na forma como estamos a trabalhar neste momento é impraticável”* (Psicóloga), devido ao elevado número de tarefas que têm a seu cargo, e será impossível de implementar, exceto se houver alguém que fique responsável.

Na instituição de educação 9, as limitações sentidas pelas profissionais dizem respeito ao número limite de questionários que puderam utilizar porque gostariam de ter rastreado mais crianças e, se um dia puderem aplicar este instrumento, *“tem que ser para todos, não pode ser para tão poucos”* (Profissional 2).

A dificuldade das profissionais de educação da instituição 6 prendeu-se com o facto de não terem estado presentes na apresentação do estudo e do instrumento, o que foi feito apenas à direção. Esta situação trouxe-lhes alguma insegurança quanto à implementação do processo de rastreio e não se sentiram muito preparadas para dar explicações aos pais e tirar dúvidas que surgissem. Na

instituição 4, as profissionais de educação sentiram que foram condicionadas pelo tempo restrito que tiveram para o rastreio, uma vez que doutra forma teriam conseguido abordar um número maior de famílias.

Segundo a família 2, o facto de o rastreio considerar apenas a informação dada pelos pais foi visto como desvantagem do processo do rastreio com o ASQ-PT, “*Sim, surpreendeu-me. Ser uma avaliação feita só com recolha de informação por parte dos pais e não ser centrada na observação da criança*”.

Tabela 22 – Limitações do rastreio com o ASQ-PT

Categoria	Subcategorias	Entrevistas	Frequência
Limitações	Não rastrear todas as crianças	Saúde	1
	Nível de literacia da população	Saúde	1
	Comunidade não habituada a estudos	Saúde	1
	Implementação nos centros de saúde	Saúde	1
	Não estar presente na apresentação do estudo	Educação	1
	Tempo estipulado para o rastreio	Educação	1
	Número limite de questionários	Educação	1
	Limite de idade	Educação	1
	Preenchimento apenas pelos pais	Família	1

O limite de idade foi visto como desvantagem, uma vez que as crianças com mais de 5 anos e meio foram excluídas do rastreio por ultrapassarem a idade limite de utilização do instrumento, “*Eu tive azar porque era os que eu precisava*” (profissional 2 – instituição 9).

Para os profissionais do CS 3 e da instituição de educação 5, os questionários foram considerados extensos, com algumas perguntas complexas, o que dificultou a sua interpretação. Os profissionais de saúde referiram que o preenchimento é moroso para o tempo que os enfermeiros têm para a consulta, que é cerca de 15 minutos. A psicóloga do CS 4, que colaborou com uma família no preenchimento do questionário, também considerou moroso, tendo em conta o tempo que tem disponível. Esta tarefa demorou cerca de 30 a 40 minutos, devido à necessidade de realização de algumas atividades pelas crianças.

No CS 4, as enfermeiras receberam feedback de algumas famílias sobre o preenchimento e estas disseram que responderam a algumas questões sem terem a certeza das respostas que estavam a dar. No entanto, não foi pedida a colaboração dos profissionais para tirar dúvidas, o que implica não haver certeza se os resultados correspondem efetivamente às capacidades das crianças.

Para os profissionais das ELI Centro e Norte, quando os pais preenchem sozinhos o questionário, pode haver um enviesamento das respostas. Consideraram que há famílias que podem

dar respostas que correspondem a competências que as crianças ainda não adquiriram porque “*eu até posso ter preocupações, mas se nem quero que me chateiem ou que me venham aqui arranjar um problema, eu até digo que está tudo bem, não se passa nada, por isso...*” (psicóloga – ELI Centro). Em alguns casos, foi verificado pelas ELI que os resultados não correspondiam a algumas das capacidades da criança, dando os pais mais ênfase a uma área de desenvolvimento, e, posteriormente, os profissionais verificaram que não era a área onde ela apresentava mais dificuldades.

Na ELI Lisboa e Vale do Tejo, durante a realização do rastreio, frisaram que, o facto de o questionário poder ser preenchido por pais e profissionais em conjunto, poderá originar uma influência da opinião do profissional sobre a perceção dos pais devido à experiência que possuem acerca de desenvolvimento.

Segundo a enfermeira 3 do CS 4, “*acho que também é um questionário que dá muito azo a pôr mais do que eles fazem*”. Os profissionais do Hospital perceberam que os pais responderam da melhor forma que sabiam e que, como estes querem mostrar o melhor da sua criança, podem manipular as respostas.

Para as profissionais de 2 instituições de educação, os pais preencherem o questionário pode não ser positivo porque, muitos deles, não têm perceção das capacidades das suas crianças. Também há pais que consideram que elas têm mais competências do que é esperado para a sua faixa etária, devido a algumas aquisições que fizeram, fruto das suas vivências, nomeadamente a criança ser capaz de utilizar o telemóvel para ver vídeos do seu interesse. Houve ainda profissionais que manifestaram que algumas famílias, apesar de terem preenchido o questionário, não ficaram com noção das competências que a sua criança deve ter numa determinada idade, não tendo adquirido o conhecimento esperado sobre desenvolvimento ou por não terem dado a importância devida ao rastreio.

Na instituição de educação 3, as profissionais referiram que os resultados do rastreio necessitam de ser validados por um profissional especializado externo à instituição.

Para os profissionais de 2 ELI e de 3 instituições de educação, pode ser uma dificuldade o rastreio por pais e profissionais terem diferentes perceções sobre o desenvolvimento da criança.

Tabela 23 – Desvantagens do instrumento no rastreio com o ASQ-PT

Categoria	Subcategorias	Entrevistas	Frequência
Instrumento	Limite de idade	Educação	1
	Extensão do questionário	Saúde	2
		Educação	1
	Tempo de preenchimento	Saúde	2
	Complexidade de algumas questões	Saúde	1
	Preenchimento pelos pais	Educação	2
		Família	2
	Enviesamento/manipulação das respostas	ELI	2
		Saúde	2
	Necessidade de validação por profissional especializado	Educação	1
	Diferentes percepções de pais e de profissionais acerca do desenvolvimento	ELI	2
		Educação	3

Para os profissionais de educação, pode ser desvantajosa a sua atuação com os pais ao abordarem as dificuldades de desenvolvimento que as crianças possam ter. Principalmente quando o resultado do rastreio pressupõe um encaminhamento, *“Pode ser perigoso se nós entrarmos ali... temos de saber falar e se for utilizado por alguém que não o saiba fazer, pode ser perigoso”* (profissional 1 – instituição 1), *“Sim, porque às vezes a grande dificuldade é nós tentarmos transmitir aos pais... (...) Sem magoar e eles aceitarem”* (profissional 1 – instituição 7) e *“aos olhos dos pais por um lado não veem problemas mas também por outro lado veem sobredotações que eu sinceramente não as vi. Há um martelar da parte de determinadas famílias de certos conceitos e certas aprendizagens que nem sequer estão de acordo para a idade e depois utilizam isso...”* (profissional 2 – instituição 12).

O facto de haver necessidade de preparação do rastreio foi vista como desvantagem porque *“nós não podemos chegar e vamos aplicar, certo?”* (Enfermeira 1 – ELI Norte). No entanto, já está previsto nesta ELI, durante a realização dos primeiros contactos, o plano de preparação da avaliação com vista à definição da elegibilidade da criança.

As profissionais da instituição 4 consideraram que necessitavam de mais preparação para utilizarem o ASQ-PT e de mais disponibilidade para observar a criança quando é realizado o rastreio.

Os profissionais de três CS referiram que sentiram falta de tempo, de disponibilidade e de recursos nos CS para conseguirem implementar este programa de rastreio. Estes fatores surgem devido às inúmeras tarefas que médicos e enfermeiros têm de desenvolver nos CS, *“Agora lá está, o tempo é que é um bocadinho limitador. Não só para o questionário mas também para as outras coisas que nós temos de fazer dentro da consulta de enfermagem”* (Enfermeira 2 – CS 2). Nem em todos os

CS houve envolvimento dos médicos no rastreio, devido aos objetivos e tarefas a cumprir, delegando essa tarefa nos enfermeiros.

No CS 2, foram também especificados os recursos insuficientes por parte da ELI: *“acho que precisávamos realmente de equipas como existem [ELI] mas mais disponíveis porque não conseguem, não conseguem. ... [nome do concelho] acho que tem 2 dias por semana (...) e acho que ainda não se consegue valorizar muito bem que é preferível tratar precocemente do que...”* (Enfermeiro 1).

As profissionais da ELI Centro apresentaram dificuldades na interpretação da folha de sumário do ASQ-PT de crianças rastreadas no âmbito do nosso estudo. Salienciamos que estes profissionais não utilizaram o instrumento e sentiram que se conhecessem os questionários teriam conseguido mais facilmente fazer a interpretação do resultado:

O resultado, eu acho que não é muito fácil, nem é mesmo possível interpretar, uma vez que nos chega a folha de perfil e não acho que seja uma folha de perfil muito legível, embora seja possível... pronto, um bocadinho com o senso comum perceber o que é que ali está em termos de resultados, (...) principalmente não tendo nós acesso aos critérios de como é preenchido, às perguntas que são feitas e acho que isso acaba por nos tirar alguma informação que poderia ajudar a interpretar. (Educadora 1)

Tabela 24 – Desvantagens do rastreio com o ASQ-PT para os profissionais

Categoria	Subcategorias	Entrevistas	Frequência
Profissionais	Atuação com os pais	Educação	4
	Necessidade de preparação	ELI	1
		Educação	1
	Disponibilidade e observação	Saúde	1
		Educação	1
	Tempo	Saúde	2
	Recursos insuficientes da ELI	Saúde	1
	Falta de conhecimento dos questionários	ELI	1

Os profissionais do CS 4 sentiram que as famílias, principalmente as mais desfavorecidas, pelo desconhecimento sobre desenvolvimento não iriam entender o objetivo do rastreio e também *“Não ia valorizar a importância de ter aquela competência para”* (Enfermeira 3). Apenas uma mãe que, pediu ajuda no preenchimento, se mostrou preocupada e fez algumas perguntas. No entanto foi referido que isso se deveu ao trabalho de parceria entre família e profissional. Os profissionais do Hospital sentem que, devido à vida acelerada que as famílias têm, os pais não conhecem nem valorizam as pequenas aquisições que as crianças vão fazendo e *“A não ser que sejam coisas como dismorfias ou são coisas muito evidentes e abanam-nos ou então nem pensar nisso, são como adquiridos ou então logo se vê ou vai fazendo ou dão-lhe coisas para o entreter, escolhem uma alternativa de brinquedos, põem-no no andarilho, está a ver, e depois não sabem, põem no tablet”* (Pediatra 1). Para além disso, as famílias

delegam o desenvolvimento das crianças na escola e nos educadores de infância “*porque ele vai para a escola para aprender, em casa tem de viver só. Acho que falta aquela parte do acompanhamento em casa*” (Pediatra 2). Também foi salientado o facto de a tecnologia condicionar as brincadeiras e os jogos a que as crianças têm acesso e os pais têm dificuldade em perceber a importância de as crianças realizarem atividades que para eles são básicas: “*nós fazemos estas perguntas do fazer a cruz, do montar os legos, fazer a torre e os pais pensam assim “mas vocês ainda estão aonde? Estão há quantos anos atrás? O meu filho já sabe ligar e desligar o tablet, já sabe ir ao Youtube escolher as músicas e os jogos. E estão a perguntar se ele já sabe empilhar não sei quantos cubos?” Eles ficam um bocadinho a olhar para nós.*” (Enfermeira 2) e “*Até que ponto o que é dito normal ou anormal é real perante aquilo que se vive hoje? Não sei*” (Pediatra 1).

Em 3 instituições de educação, as profissionais consideraram que muitos pais apresentaram desconhecimento acerca de desenvolvimento e não deram a importância devida ao rastreio, desvalorizando-o, mas salientaram que esta situação poderia ser ultrapassada “*se tivesse sido apresentado mais exhaustivamente o programa*” (profissional 1 – instituição 5). Referiram também que há pais que consideram que realizar um rastreio ou avaliação à criança, a vai rotular e não aceitam este tipo de avaliações, mas há famílias “*que compreendem que é importante e que gostam de participar e que acham que quanto mais souberem sobre os filhos mais os podem ajudar*” (idem). A sensibilização parental contribuiria para o acesso a informação e para a mudança de perceção dos pais sobre o que é o rastreio e para que serve, como forma de retirar a conotação negativa dada ao processo.

Nas ELI Centro e Lisboa e Vale do Tejo, os profissionais referiram que as dificuldades de interpretação das perguntas por parte dos pais, quando preenchem sozinhos os questionários, podem condicionar as respostas dadas. Apesar de considerarem que as famílias responderam da melhor forma que sabiam, nem todas pediram ajuda aos profissionais, o que resultou na existência de duas perspetivas diferentes sobre o desenvolvimento da criança: a da família e a dos profissionais. Num dos questionários, a família não apresentou as suas preocupações em relação ao desenvolvimento da sua criança, no entanto foi decisão do profissional não dar a sua opinião em relação às respostas dadas pelos pais e, por esse motivo, o resultado não espelhou algumas das dificuldades da criança. A família 14, apesar de ter sentido necessidade de ajuda da profissional de saúde para compreender algumas questões, quando questionada se não teria preferido que fosse esta a preencher o questionário, respondeu “*Ah não, preferi ser eu, eu é que estou o dia todo com ele, não é a enfermeira.*” Também foi abordada uma situação pelos profissionais da ELI em que, nos resultados do rastreio e da avaliação

de desenvolvimento realizada posteriormente, a área mais frágil não era a mesma. Na instituição de educação 3, as profissionais consideraram que há famílias que podem ser omissas na informação e nas preocupações apresentadas.

Quatro famílias afirmaram que sentiram algumas dificuldades ao nível da compreensão do questionário, *“Tanto que houve uma pergunta em que houve um bocadinho de dificuldade em perceber a pergunta e nós “será que é assim?””* (família 6) e *“Vocês usam palavras muito caras. (...) Sim, tive de ir ao dicionário ver qual era o significado, então a gente abordava mais com mais facilidade.”* (família 13).

As profissionais de 3 instituições de educação referiram que houve pais que não demonstraram interesse pelo rastreio. A família 12 validou esta percepção ao salientar que há pais que *“não vão achar importância nenhuma, de certeza absoluta. (...) O que eu quero dizer é se isto fosse implementado a nível geral em todo o lado, se calhar ia haver pais que iriam achar que isto era uma grande seca, e isso vai haver sempre, (...) mas pelo menos iam chegar a todos aqueles que acham que é importante e que se calhar só assim é que conseguem ter informações fidedignas.”*

Três famílias consideraram que o tempo que é necessário dispor para o preenchimento do questionário pode ser visto, por algumas famílias, como um fator negativo, *“A única coisa que nós podíamos dizer é que a pessoa às vezes está apressada e podia não ter tido tempo ou tomar-me o meu tempo”* (família 10), apesar de não ser essa a sua percepção. Percebemos então que nos apresentaram uma perspetiva do que algumas famílias podem sentir.

A família 3 referiu que o questionário não pode ser preenchido sem a presença da criança, *“o questionário é impossível de fazer se nós não tivermos a criança ao pé”*, para que possam ser realizadas algumas das atividades e para se ter a certeza das competências que ela tem.

Em 2 ELI, 6 instituições de educação e uma família, foi levantado o problema acerca da aceitação dos pais quando as crianças apresentam dificuldades. Algumas famílias, por questões emocionais, entram em fase de negação perante um resultado que prevê um encaminhamento para outro serviço ou a necessidade de realizar uma avaliação de desenvolvimento. Podem ficar desagradadas ou assustadas e apresentar maior dificuldade em aceitar as dificuldades da criança. Na instituição 2 ocorreu esta situação e as profissionais referiram que estes sentimentos se deveram ao facto de as famílias terem preenchido sozinhas os questionários. No entanto, sentiram que se tivessem estado mais envolvidas, esta questão seria ultrapassada mais facilmente. É então importante que os profissionais saibam como atuar nessas situações, *“E acho que também muitas vezes acontece no contacto com os pais e eu sei que na maioria das vezes não é fácil as pessoas aceitarem que algo está*

mal, é algo que precisa de ser avaliado e depois as pessoas aceitam e ganham uma certa ansiedade” (profissional 2 – instituição 8) e *“Eu penso que passa muito pela abordagem que nós temos com os pais, pelo menos se forem crianças que suscitem algum cuidado, penso que é muito importante a abordagem, sobretudo falando o quão importante é a resposta sincera para bem da criança”* (profissional 3 – instituição 12). Os profissionais devem conhecer primeiro a perspectiva das famílias para depois em conjunto encontrarem soluções.

A família 11 referiu, tendo por base a sua experiência, que os pais podem sentir-se frustrados ou tristes e entrar em negação. Apesar disso *“Mesmo nesses casos eu acho que é positivo que as pessoas deem conta do que ainda não tinham dado conta e que sejam informadas, que recebam um alerta, digamos assim, porque isso permite se calhar depois a ação. (...) Também sei por experiência própria que uma pessoa tem de passar por isso para depois dar a volta.”*

As profissionais de 9 instituições de educação mencionaram que, por os pais responderem sozinhos aos questionários, pode existir falta de rigor nas respostas, isto é, os pais podem distorcer as respostas ou não responder de forma sincera:

- *“se os pais acharem que o filho é o maior, que “o meu filho é ótimo a tudo”, vai preencher aquilo de uma forma muito positiva e depois há aqueles pais muito exigentes que poderão... (...) achar que já deveria fazer e que não faz e estar a avaliar aquilo muito... a exigir demais.”* (profissional 1 – instituição 5);

- *“Não sei se todos os pais responderam de forma objetiva e com verdade às questões porque se nós colocámos algumas crianças é porque realmente nos suscitavam e se há uma discrepância tão grande entre o que vimos na criança no dia-a-dia e o que os pais respondem a este questionário, acho que há um ou outro que pode ir influenciar o resultado”* (profissional 3 – instituição 7);

- *“Aí eu atribuo toda a carga emocional e aquilo que os pais querem ver, não é, na realidade. Já falámos sobre isso mas de facto há disparidade entre o que os pais registam e aquilo que se fosse eu a fazer registaria”* (profissional 3 – instituição 8).

Pode também acontecer não serem apresentadas todas as suas preocupações *“a mim preocupava-me o comportamento da criança e aí a mãe não referiu isso. Essa parte aí não foi avaliada”* (profissional 2 – instituição 3).

Quatro famílias abordaram também a falta de veracidade dos pais na resposta às questões, *“Há pais que acabam por enaltecer um bocadinho as capacidades dos filhos contrariamente ao... até para despachar”* (família 2) e *“depende um bocadinho, como é que eu hei de dizer isto, do afastamento que os pais consigam ter em relação aos seus filhos, ou seja, há pais que tendem a achar*

que os filhos fazem tudo bem (...) Mas aceito que haja pais que se calhar douram um bocadinho a resposta porque gostam que os seus filhos brilhem e nesse caso o resultado acabará por não ser muito útil porque não é fiel.” (família 4).

Verificamos que as profissionais de educação são quem mais apresenta dificuldade em confiar nas famílias para preencher um questionário acerca de desenvolvimento. Consideramos que esta perceção pode estar relacionada com o facto de estas profissionais terem optado por não estarem tão ativamente envolvidas no processo de rastreio e apresentarem dificuldades em lidar com a reação de alguns pais face aos resultados.

Tabela 25 – Desvantagens do rastreio com o ASQ-PT para as famílias

Categoria	Subcategorias	Entrevistas	Frequência
Desconhecimento sobre desenvolvimento		Saúde	2
		Educação	2
Desvalorização do rastreio	Compreensão/ interpretação	Educação	3
		ELI	2
Omissão de informação ou preocupações		Família	4
		ELI	1
Interesse		Educação	1
		Família	3
Tempo/disponibilidade		Educação	1
		Família	4
Fazer sem presença da criança		Família	1
		ELI	2
Sentimentos dos pais		Educação	6
		Família	1
Falta de rigor nas respostas		Educação	9
		Família	4

As famílias referiram aos profissionais de saúde no CS 3 que sentiram dificuldade em fazer algumas das atividades com as crianças e no CS 4 que nem sempre estas estavam disponíveis a efetuar o que lhe era proposto. Esta situação foi também relatada pela família 5, pois “*Havia certas coisas que eu não consegui fazer logo todas seguidas, teve de ser por partes, em vários momentos. (...) porque nem sequer ela tinha disponibilidade*”.

Tabela 26 – Desvantagens do rastreio com o ASQ-PT para as crianças

Categoria	Subcategorias	Entrevistas	Frequência
Criança	Necessidade de execução de algumas atividades	Saúde	1
	Disponibilidade	Saúde	1
		Família	1

2.8. Sentimentos durante o rastreio

Uma das questões colocadas aos profissionais e às famílias foi como se sentiram durante o processo de rastreio. Os profissionais da ELI Norte, de uma forma geral, sentiram-se muito bem por terem implementado este rastreio. Na ELI Lisboa e Vale do Tejo, os profissionais referiram que se sentiram iguais, uma vez que utilizaram poucos questionários, o que não teve influência na sua forma de atuar durante o processo de elegibilidade. Os profissionais da ELI Centro, como referido anteriormente, não utilizou os questionários, por isso esta questão não lhes foi colocada.

Quanto aos profissionais de saúde, foram apresentados diferentes sentimentos pelos profissionais e os profissionais do Hospital frisaram a importância da realização do rastreio para as famílias.

No CS 1 os profissionais sentiram-se pouco envolvidos por terem estado muito ocupados com as atividades que já têm. No CS 4 os profissionais mencionaram não terem sentido nada, exceto uma sobrecarga de trabalho para poderem cumprir os prazos que tinham estabelecido para a realização do rastreio. Por seu lado, os profissionais do CS 3 referiram terem-se sentido bem durante o processo, sem especificar esse sentimento. Os profissionais do CS 2 relataram ter tido vários sentimentos: interesse e satisfação, demonstrados na colaboração de toda a equipa de enfermagem; injustiça, por não poderem rastrear todas as crianças do seu CS; expectativa enquanto aguardavam pelo resultado do rastreio; surpresa com alguns resultados, alguns pela positiva e um pela negativa; preocupação mediante um resultado.

As profissionais de educação apresentaram um conjunto maior de sentimentos, que se encontram no gráfico 10. O valor apresentado para cada item refere-se ao número de profissionais que o manifestaram durante a entrevista, independentemente da instituição a que pertencem.

Percebemos que três profissionais se sentiram curiosas durante o processo e outras três expectantes durante o preenchimento pelos pais. Duas profissionais referiram terem ficado surpreendidas com o resultado do rastreio e uma delas sentiu-se receosa da reação dos pais quando lhes apresentasse o resultado e, por isso, a equipa educativa reuniu para pensarem na melhor forma de dar feedback aos pais acerca do rastreio. Quatro profissionais sentiram-se ansiosas enquanto aguardavam os resultados do rastreio e, pelo contrário, três outras mencionaram terem estado tranquilas durante todo o processo. Percebemos que duas profissionais estavam certas de qual seria o resultado do rastreio das crianças rastreadas, uma vez que colaboraram com as famílias no preenchimento do questionário e conseguiram ter a perceção de qual seria o resultado. Uma

profissional sentiu-se validada com o resultado do rastreio, pois este veio confirmar a sua perceção acerca da necessidade de encaminhamento de uma criança. Verificamos ainda que cinco profissionais se sentiram pouco envolvidas durante o processo de rastreio. Na instituição de educação 7, as profissionais mencionaram que os resultados foram entregues aos pais em envelope fechado, não referindo qualquer sentimento.

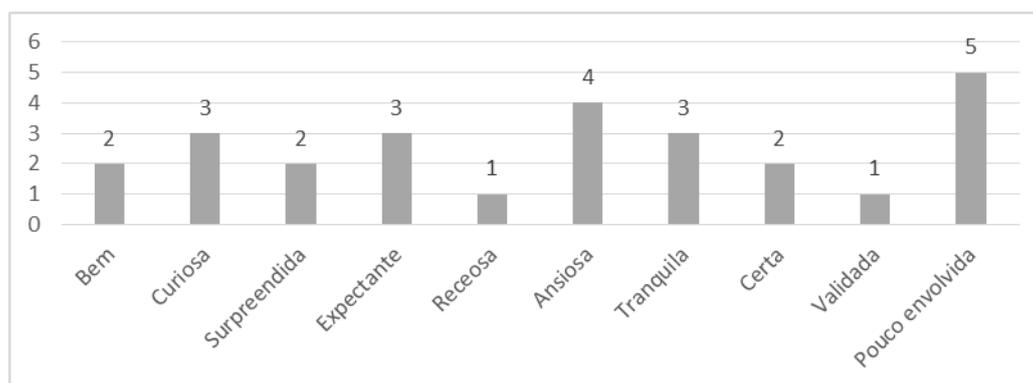


Gráfico 10 – Sentimentos das profissionais de educação durante o rastreio

Quanto às famílias, onze delas consideraram que se sentiram bem, algumas sentiram-se contentes e aliviadas por irem tendo a perceção do que a sua criança conseguia fazer. Algumas famílias referiram que foi um momento divertido em família, onde “*estivemos a pensar sobre ela e a avaliá-la. Pronto, foi um momento giro*” (família 4). A família 6 manifestou que “*Sentimo-nos uma família, unidos porque estávamos os dois em conjunto a fazer o questionário sobre o fruto do nosso amor*”.

A família 13 sentiu-se confusa devido às dificuldades para compreender algumas das questões durante o preenchimento. As famílias 2 e 12 referiram terem-se sentido um pouco preocupadas, a primeira, durante o preenchimento, por ser uma experiência nova e, ao mesmo tempo, ser confrontada com situações que considerava que já deveriam ter sido ultrapassadas pela sua criança; a segunda, quando viu os resultados sentiu que “*ai, ele está um bocado atrás em algumas coisas*”, no entanto o facto de terem acesso às atividades que podiam realizar para estimular a criança, tranquilizou-a por lhe trazer o conhecimento necessário para o fazer.

Todas as famílias referiram que responderiam a outro questionário, se tivessem essa oportunidade, para perceberem a evolução das suas crianças, apesar de a família 13 salientar que o faria se o questionário não fosse tão difícil como o que preencheu.

2.9. Mudanças para melhoria do processo de rastreio com o ASQ-PT

As mudanças identificadas pelos profissionais como necessárias dizem respeito à identificação precoce, ao processo e aos profissionais, tal como podemos verificar na tabela 27.

No que diz respeito a mudanças ao nível da identificação precoce, a educadora 2 da ELI Norte falou especificamente da sua área profissional e referiu que, aos profissionais de educação, faltam instrumentos que validem as suas observações e as suas preocupações em relação ao desenvolvimento das crianças porque *“se não houver um instrumento que justifique, depois ninguém nos dá credibilidade. Faz-nos falta instrumentos que validem aquilo que nós dizemos, nestas faixas etárias”*. É percebida uma desvalorização das percepções destes profissionais em relação às dos profissionais de saúde para se poder intervir precocemente, frisando a educadora 1 da mesma ELI *“Se for um médico a dizer exatamente aquilo que eu digo como educadora tem um peso diferente”*, sendo esta uma das razões da importância da realização do rastreio nos contextos educativos. Para além disso, há necessidade de ser desenvolvido um trabalho conjunto entre os profissionais das duas áreas de forma a que haja uma identificação precoce de crianças que apresentam problemas de desenvolvimento, o que levaria também a uma valorização do papel dos educadores de infância.

Na instituição de educação 4, as profissionais mencionaram ser necessária uma apresentação mais informativa aos pais. Por sua vez, nas instituições de educação 8 e 9, as profissionais referiram ser necessária a adequação do processo a cada realidade, o que já foi previsto durante a sua realização. Foi referido na instituição de educação 8 que o rastreio deve ser realizado por um elemento externo e, na instituição 3, que o resultado do rastreio deve ser comparado por um elemento externo, recorrendo à observação da criança. Esta visão surgiu porque consideraram que *“se fosse alguém que não conhecesse [a criança] e estivesse dentro do questionário em si, ia avaliar tudo”* (profissional 2 – instituição 3) e, se o questionário for respondido por pais e profissionais de educação, estes podem estar tão focados numa área de desenvolvimento que não apresentam todas as suas preocupações. Nesta instituição as profissionais frisaram que os pais poderiam responder ao questionário e o elemento externo ir posteriormente fazer o rastreio da criança e reunir com os pais para comparar os resultados.

Nas três ELI foi abordada a importância da colaboração entre pais e profissionais no preenchimento dos questionários como forma de ultrapassar um possível enviesamento das respostas uniformizando as suas percepções em relação às competências das crianças e ao comportamento que se pretende observar durante o rastreio.

Os profissionais de saúde do CS 4 consideraram que o ASQ-PT não deveria ser preenchido apenas pelos pais mas existir uma colaboração com os profissionais, para que o resultado seja o mais fidedigno possível, uma vez que *“basta os pais terem um bocadinho de conhecimento ou de expectativas, consegue dar mais uns pontinhos ao questionário”* (Enfermeira 3). Também pela extensão do questionário, referiram que a certa altura do preenchimento os pais poderiam responder *“para despachar”* (Enfermeira 3).

As profissionais de educação de 8 instituições também salientaram a importância de uma colaboração entre pais e profissionais no preenchimento dos questionários: *“Juntar os dois mesmo a preencher. (...) E chegar a um consenso”* (profissional 3 – instituição 7). Apesar de inicialmente terem mencionado, como mudança ao processo, que os pais poderiam responder a um questionário e elas a outro, quando confrontadas com o facto de só poder existir um resultado, algumas reformularam esta estratégia, enquanto outras disseram que podia ser realizada uma reunião com os pais onde seriam debatidas as respostas dadas. A perspetiva de terem as duas visões sobre a criança foi considerada na instituição 2 como interessante e mais rica pois sentiram que, se preenchessem com os pais, poderiam influenciar as respostas.

Verificamos que a colaboração entre profissionais e famílias, no ponto de vista dos profissionais, é muito importante na implementação do rastreio. Desta forma seriam ultrapassadas questões relativas a diferentes perceções acerca do desenvolvimento e a um possível enviesamento das respostas.

As profissionais de educação da instituição 7 salientaram a importância de as atividades enviadas aos pais em anexo à folha de sumário serem partilhadas com elas para haver uma maior cooperação na estimulação da criança. No entanto, esta partilha verificou-se noutras instituições.

Na realização do rastreio nos CS foram perceptíveis as dificuldades na sua implementação devido à falta de recursos humanos e de tempo. Alguns profissionais sentiram que a realização do rastreio com o ASQ-PT, com todas as tarefas que têm de desenvolver, é muito difícil. No entanto, houve outros profissionais que aceitaram o desafio de implementar este processo de rastreio e não sentiram que houve um acréscimo de trabalho, apesar de terem despendido tempo das suas consultas para tirar dúvidas aos pais ou colaborar no preenchimento dos questionários, *“Realmente o nosso tempo também é escasso, é verdade, também temos várias solicitações mas com a ajuda de todos conseguimos, penso que a conseguimos ajudar de alguma forma e mais importante conseguimos ajudar algumas crianças que foram efetivamente referenciadas”* (Enfermeira 2 – CS 2).

Em relação à falta de recursos humanos, os profissionais do CS não se referem apenas à intervenção dos médicos e/ou enfermeiros. Segundo uma enfermeira do CS 2, a instituição apresenta limitações naquilo que pode oferecer aos pais e traduzir-se numa intervenção mais eficaz, *“o que é que nos adianta ter um questionário como esse, fantástico e depois que eu não tenha aqui os recursos necessários para poder dar o melhor àquela criança e àquela família. E aí falo de uma terapia da fala, por exemplo, de uma terapia ocupacional, de um fisioterapeuta”*. Além disso, muitos dos profissionais gostavam de ter mais tempo para poderem aplicar os questionários nas suas consultas.

Todos os enfermeiros dos CS que participaram no rastreio sentiram que os médicos deveriam estar mais envolvidos no processo, sobretudo no momento de apresentar os resultados às famílias:

Sim porque hoje em dia ainda vivemos neste de “o senhor doutor é que sabe”, não é, e a opinião dele é sempre mais importante do que a do enfermeiro e aqui isso também se vivencia e se calhar na apresentação dos resultados e nas intervenções e nas diligências que podem ser tomadas, acho que era importante o médico estar presente, sim. Isso sem dúvida, sem dúvida (Enfermeira 2 – CS 2).

O processo de rastreio com o ASQ-PT foi considerado importante, pelos profissionais das ELI Norte e Centro, para ser desenvolvido por diferentes profissionais: profissionais de saúde, enquanto parte integrante das consultas de saúde infantil; pelos profissionais de educação *“não com o objetivo de encontrar problemas mas com o objetivo efetivamente de solucionar alguma questão mais precocemente”* (Enfermeira 1 – ELI Centro); e pelas ELI, *“É uma pena que não tenhamos esse instrumento tanto no centro de saúde como na ELI”* (Enfermeira 1 – ELI Norte). Na instituição de educação 2, as profissionais referiram também que o rastreio deveria ser *“utilizado tanto pelos educadores como pelos pais como pelos médicos. (...) Todos os profissionais guiarem-se pelo mesmo instrumento, acho que aí sim, funcionaria”* (profissional 1), para haver uniformização na identificação de problemas de desenvolvimento nas crianças e existir um trabalho de equipa através da comunicação entre esses profissionais, o que sentem que não acontece atualmente.

Nas ELI Norte e Lisboa e Vale do Tejo, os profissionais referiram que, para algumas famílias, sobretudo as de risco ambiental, a demonstração por parte dos profissionais do que se pretende observar na criança, ajudaria os pais a terem uma maior perceção das capacidades desta.

A psicóloga da ELI Centro mencionou a necessidade de capacitação da família para realizar a referenciação da sua criança quando o resultado do rastreio implica o encaminhamento para o SNIPI. Considerou que, se o preenchimento dos questionários é realizado pelos pais e eles têm acesso ao resultado do rastreio, deverão ser os próprios a fazer a referenciação.

Na ELI Norte, os profissionais sentem-se condicionados no seu trabalho e consideraram que necessitavam de mais tempo para trabalhar nos concelhos abrangidos por esta ELI. Salientamos que,

segundo os profissionais, a ELI Norte abrange quatro concelhos e os profissionais têm dias específicos para cada um desses concelhos, o que dificulta os processos de elegibilidade e de intervenção.

As profissionais de 3 instituições consideraram que necessitavam de mais informação sobre o instrumento e o processo de rastreio: *“para realmente chegar a uma família tem de haver de facto uma maior preparação do que aquela que fizemos agora (...) tem de haver sempre mais conversa antes, digamos assim, da parte do profissional”* (profissional 1 – instituição 4), *“mas poderá ser um instrumento que, se aprendermos a utilizar, que nos pode ajudar, sim”* (profissional 3 – instituição 4). Em 8 instituições, as profissionais sentiram que o seu envolvimento deverá ser maior no processo de rastreio: *“Com a utilização mesmo em grande escala ou se for mesmo um instrumento que se pode utilizar, gostaria de estar mais envolvida, claro”* (profissional 3 – instituição 4) para não terem apenas um papel de intermediárias. Consideramos esta mudança essencial na implementação do rastreio para que as próprias famílias se sintam mais suportadas pelas profissionais.

As profissionais de 2 instituições referiram que têm falta de instrumentos para avaliar e, apesar de já terem realizado formação sobre avaliação, gostariam de se sentir mais seguras quanto aos instrumentos que construíram e utilizam.

Para os profissionais do Hospital deverão ser os pais a manifestar-se acerca de mudanças em termos de questionário porque os profissionais entendem facilmente as questões e para eles é um instrumento fácil de preencher. Com a opinião dos pais, conseguir-se-ia perceber se há necessidade de mudar alguma pergunta para ser mais fácil a sua compreensão.

Tabela 27 – Mudanças no processo de rastreio com o ASQ-PT

Categories	Subcategorias	Entrevistas	Frequência
Identificação precoce	Necessidade de instrumentos na área da educação	ELI	1
	Valorização das preocupações dos educadores por parte dos profissionais de saúde	ELI	1
	Trabalho conjunto entre saúde e educação	ELI	1
Processo	Apresentação mais informativa aos pais	Educação	1
	Adequação do processo a cada realidade	Educação	2
	Rastreio realizado por elemento externo	Educação	1
	Comparação do resultado do rastreio com observação por elemento externo	Educação	1
	Colaboração entre pais e profissionais no preenchimento	ELI	3
		Saúde	1
		Educação	8
	Partilha das atividades entre pais e profissionais	Educação	1
	Recursos humanos	Saúde	1
		Tempo	Saúde
	Envolvimento dos médicos	Saúde	2
	Importante para saúde, educação e ELI	ELI	2
	Introdução do instrumento nas consultas de saúde infantil	ELI	1
Utilização por profissionais de educação e de saúde	Educação	1	
Profissionais	Demonstração pelos profissionais	ELI	2
	Capacitação dos pais para referenciar	ELI	1
	Disponibilidade dos profissionais	ELI	1
	Mais informação aos profissionais	Educação	3
	Maior envolvimento	Educação	8
	Instrumentos para avaliar	Educação	2

2.10. Recomendações

As profissionais da ELI Norte referiram como recomendações em termos do processo de rastreio com o ASQ-PT:

- propor aos superiores a utilização deste instrumento para melhorar o serviço prestado pelos profissionais;
- a necessidade de mais disponibilidade e conseqüentemente mais horas para os profissionais desenvolverem o seu trabalho na ELI;
- a necessidade de profissionais de outras áreas na ELI, uma vez que esta ELI não tem terapeutas na sua constituição.

Os profissionais de saúde recomendariam a utilização deste instrumento a outros profissionais da mesma área para ser realizada uma identificação precoce: *“Podendo detetar a tempo e a horas porquê deixar passar despercebido? (...) É para isso que nós estamos aqui, quanto mais cedo melhor”* (Enfermeira 2 – CS 1) e

Porque se calhar muitos casos passam ao lado, como nos passaram, e provavelmente deixariam de passar. (...) Era uma vantagem noutra centro de saúde porque ia acontecer o mesmo. E sinceramente, em termos de trabalho, não dá trabalho, aí é que está. Nós somos enfermeiros de família e, se queremos trabalhar as nossas crianças, não é assim, a ver 10 crianças que vá trazer vantagens de trabalho, por isso acho que sim (Enfermeiro 1 – CS 2).

Mas, para estes profissionais o ASQ-PT, foi considerado um instrumento “*para nós profissionais identificar quais as áreas e se calhar alguns exercícios que às vezes nós podemos fazer dentro da consulta de enfermagem, que nos podem dar alguns sinais de que alguma coisa não está bem*” (Enfermeira 2 – CS 2), sendo que entre profissionais de diferentes CS recomendaram a participação no nosso estudo pois seria uma mais-valia para profissionais, famílias e crianças.

Os profissionais de saúde dos CS 3 e 4, apesar de terem a perceção que o ASQ-PT ajuda a perceber o desenvolvimento das crianças e a dar informação complementar, consideraram que é um instrumento que tem mais utilidade para ser aplicado às crianças acompanhadas na IPI e ser utilizado pelas ELI. Para os profissionais do Hospital, é importante para ser utilizado pelos profissionais dos centros de saúde e, para os profissionais do CS 4, é um instrumento importante para as creches e os jardins de infância para que se possa verificar o desenvolvimento das crianças.

Os profissionais do Hospital sentem que há necessidade de as famílias terem acesso a informação acerca de desenvolvimento por parte das creches e dos jardins de infância, complementando com o que é abordado nas consultas de saúde infantil ou pediatria porque “*É o que a pessoa às vezes quando pára para pensar, tanto avanço, tanto avanço e as coisas básicas assim estão a ficar para trás*” (Pediatra 1).

Outra recomendação sugerida pela pediatra 2 do Hospital é o preenchimento dos marcos do desenvolvimento que estão no boletim de saúde individual da criança. Este é um documento que considera estar muito bem feito e “*é dos poucos países que realmente tem aquilo que explica*” mas não é utilizado nem preenchido pela maioria dos pais nem dos profissionais dos CS, “*Se nós perguntarmos, sei lá, sobre um bebé de um ano, 12 meses ou 15 meses ou assim quando é que começou a sorrir, já ninguém se lembra e ninguém apontou*” e seria muito útil haver registo dessa informação.

De uma maneira geral, as profissionais de educação recomendam a outros profissionais da sua área a realização de rastreio de desenvolvimento com a utilização do ASQ-PT porque consideram que é um instrumento que ajuda os pais e os profissionais, tira dúvidas, justifica a necessidade de intervenção em áreas de desenvolvimento específicas, porque identifica precocemente problemas de desenvolvimento e faz triagem para crianças que efetivamente devem ser encaminhadas para as ELI.

Para as profissionais, a partilha de materiais e instrumentos que podem melhorar o seu trabalho, desde que sejam considerados importantes e valorizados, é uma mais-valia e é visto como trabalho de equipa. A maioria das profissionais ressaltou a importância de partilha de instrumentos porque “*Se me ia ajudar a mim, acho que iria ajudar mais alguém*” (profissional 1 – instituição 1), “*Tudo o que seja novo é uma luz para nós*” (profissional 1 – instituição 6) e “*Os instrumentos são sempre ajuda. Qualquer instrumento é uma boa ajuda, não é?*” (profissional 1 – instituição 9). Salientaram também a importância da utilização do instrumento por parte das famílias como uma forma de as ajudar a ter uma perceção da evolução das suas crianças.

A recomendação referida em todas as instituições de educação é o preenchimento do questionário pelas famílias em conjunto com as profissionais para haver um acordo acerca das capacidades da criança, podendo cada um justificar a sua perceção.

As profissionais, de um modo geral, salientaram o facto de terem dificuldade na colaboração com os profissionais de saúde, pois apresentam as suas preocupações aos pais e estas são muitas vezes desvalorizadas pelos médicos e pediatras, “*Mas há muito essa dificuldade: “ah ainda é muito novo”, “ah, depois desenvolve”, “a fala depois vai”. E acho que isso é uma batalha que nós travamos e que só estamos a adiar o problema. Porque não há resposta do outro lado. Não é um trabalho em equipa*” (profissional 2 – instituição 2). Quando enviam relatórios aos profissionais de saúde, muitas vezes não obtêm resposta, exceto se houver contacto por parte de outro profissional da instituição, especificando o psicólogo. Pelos obstáculos que sentem na abordagem das dificuldades de desenvolvimento e na resposta por parte dos profissionais de saúde, as profissionais de educação consideram que o instrumento utilizado num rastreio às crianças deve ser o mesmo para os profissionais das duas áreas como forma de uniformizar os procedimentos e facilitar a comunicação e um encaminhamento o mais precoce possível.

Na instituição 5 foi considerado que existe a necessidade de valorização das preocupações dos profissionais de educação pelos profissionais de saúde e terapeutas porque “*elas retiram um bocadinho de importância porque estão com elas [crianças] uma ou duas vezes por ano e não dão a devida importância “ah, isso ele depois cresce, depois adquire” (...) E aqueles sentimentos que nós temos, aquelas sensações que temos que há ali qualquer coisa, que não está bem, depois confirma-se mais tarde (...) E este tipo de instrumento ajuda-nos a afirmar muitas vezes aquilo que nós estamos a sentir, não é, a justificar e eu acho que os pais tendo o resultado é mais fácil depois procurarem ajuda*” (profissional 1).

Acerca das crianças a encaminhar para a IPI, algumas profissionais sentem que *“Nós somos profissionais muito responsáveis e trabalhamos muito sozinhas, falta mais um elo de apoio, um elo de ligação e conversar sobre as situações. (...) porque também havendo mais a partilha com alguém que nos pode ajudar a fazer o tal filtro”* (profissional 4 – instituição 8) e que *“não temos instrumentos suficientes para poder avaliar e poder dizer assim “estamos a pensar certo” e isso ajuda-nos já a encaminhar”* (profissional 4 – instituição 9). Para as profissionais da instituição 9, o rastreio com a utilização do ASQ-PT deveria ser feito mais do que uma vez por ano para conseguirem aferir a evolução das crianças.

Para as profissionais das instituições 8 e 10, a resposta dada pela ELI não é célere, *“O problema aqui da Intervenção Precoce é este: a demora das coisas e depois nós não temos capacidade de resposta para dar o apoio necessário às crianças que dele necessitam e às vezes vemos um bocado atrapalhadas”* (profissional 6 – instituição 8).

Segundo as profissionais da instituição 10, a ELI deveria ter mais recursos, uma vez que a existente na sua área geográfica não tem capacidade de resposta, havendo a perceção que o acompanhamento às crianças é determinado por prioridades, nomeadamente a existência de diagnóstico. Consideraram também que seria importante existir mais do que uma ELI para dar resposta a crianças sem diagnóstico, sobretudo para as que apresentam dificuldades de aprendizagem e que, na sua perspetiva, ficam sem acompanhamento.

Todas as famílias recomendariam a outros pais a utilização do ASQ-PT e seis delas deram como justificação o facto de o preenchimento do questionário trazer conhecimentos sobre o desenvolvimento da criança, *“É sempre bom sabermos também a que nível está o nosso filho, com que capacidades é que ele se encontra”* (família 8), *“Acho que aquilo dá uma oportunidade da pessoa refletir sobre as coisas, de deixar ali um registo, digamos assim, e depois então receber o feedback.”* (família 11) e *“as pessoas poderem ter acesso a informações mais orientadas para aquilo que se quer e eu não acredito que haja pais que não tenham interesse nisto, não acredito, mas de certeza que há sempre pessoas que não têm tanta paciência”* (família 12).

Para a família 7, o questionário deveria ser preenchido nas consultas com a colaboração dos profissionais de saúde, tendo nomeado especificamente o enfermeiro, *“Até devia ser em consultas, cada vez que houvesse uma consulta e eles depois, sei lá, reunissem e ver “olha realmente melhorou ou não melhorou ou é preciso vermos”. (...) E há crianças que vêm com algum problema ou assim e não são tão desenvolvidas como esta e depois já se descobre tarde.”* e para a família 9 o preenchimento deveria ser feito com os educadores de infância, *“Acho que seria mesmo a educadora,*

porque o médico, nós vamos lá tempo a tempo, meia hora, uma hora e acho que não nos conhecem tão bem. Agora o educador acho que conhece.”

A família 2 referiu que, para além do preenchimento do questionário pelos pais, deveria haver também uma observação direta à criança de um profissional envolvido no processo de rastreio como forma de complementar a informação recolhida e haver a perceção se a visão dos pais sobre a criança corresponde às suas capacidades.

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A IPI foi concebida para apoiar o mais cedo possível crianças e suas famílias. Considerando esta particularidade, a IPI assume uma enorme importância dado o seu impacto nas crianças, nas famílias e na sociedade, com consequências positivas no desenvolvimento, saúde e bem-estar das crianças, bem como do ponto de vista do político, económico e social, encontra-se bem justificado na literatura e nos estudos desenvolvidos nesta área (Bairrão & Almeida, 2003; Brassard & Boehm, 2007; Doan-Sampson et al., 2000; Dunkle & Vismara, 2004; Dunst et al., 2017; Guralnick, 2019; Hanson & Lynch, 1995; Peterson, 1988; Shonkoff & Philips, 2000). Os primeiros anos de vida são um período crucial no desenvolvimento das crianças, pelo que a prevenção e a intervenção de dificuldades de desenvolvimento nesta etapa é essencial (Carvalho et al., 2016; Center on the Developing Child at Harvard University, 2007b; Cole & Cole, 1996; Guralnick, 2019; Hanson & Lynch, 1995; Oliveira, 2017; Papalia et al., 2001; Simeonsson, 2009; Shonkoff & Philips, 2000).

A realização deste estudo e do rastreio de desenvolvimento com o ASQ-PT permitiu a identificação de crianças que necessitavam de avaliações de desenvolvimento e encaminhamentos para outros serviços, nomeadamente a IPI. Consideramos que fica assim ressaltada a importância da prevenção primária (Martinez, 2007; Sameroff & Fiese, 2000; Simeonsson, 1994), da identificação precoce (Bricker et al., 2013) e do rastreio de desenvolvimento (American Academy of Pediatrics, 2001; Dworkin, 1989; Glascoe, 2005; Meisels, 1989; Squires et al., 2009).

Percebemos que os profissionais das áreas da saúde e da educação seguem orientações das entidades que regulam o seu trabalho, no que diz respeito à forma como avaliam o desenvolvimento das crianças. Para identificarem crianças com problemas de desenvolvimento, os profissionais de saúde dos CS orientam-se pelo Programa de Saúde Infantil e Juvenil (Direção-Geral de Saúde, 2013), no que diz respeito às idades previstas para consultas de saúde infantil, procurando cumprir os objetivos definidos. Médicos e enfermeiros desenvolvem, de um modo geral, um trabalho de equipa para conseguirem atingir esses objetivos, apesar de considerarem que o tempo previsto de consulta, de cerca de 15 minutos, para cada criança é reduzido. A maioria dos profissionais de saúde referiu utilizar a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada para rastrear o

desenvolvimento das crianças, o que é consonante com o estudo de Maia et al. (2016), que concluiu que os profissionais utilizam esta escala como instrumento de rastreio. Estes dados não são, no entanto, consensuais com os referidos pela Direção-Geral de Saúde (2013), no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, onde se indica que o número de profissionais a utilizar instrumentos formais nas consultas é limitado, o que pode justificar o número de crianças que é identificado tardiamente. A não utilização de instrumentos de rastreio por parte dos profissionais de saúde implica que apenas as crianças com maiores problemas de desenvolvimento são identificadas e encaminhadas para a IPI. As crianças em risco de apresentar problemas de desenvolvimento deveriam também ser mantidas em vigilância pelos profissionais, uma vez que estas nem sempre são elegíveis para serviços de IPI e é importante monitorizar o seu desenvolvimento.

Os profissionais de saúde não apresentaram uniformidade quanto à perceção acerca da utilização da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada. Esta, por ser resumida e avaliar globalmente o desenvolvimento, tem vantagens tendo em conta o tempo previsto para cada consulta. Mas, para alguns profissionais ela é limitada, engloba questões muito específicas que os pais têm dificuldades em responder, nomeadamente “Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais.”, questão da área da audição e linguagem para crianças com 18 meses (Direção-Geral de Saúde, 2013) e apresenta lacunas na identificação de problemas de desenvolvimento nas crianças, que só são detetados tardiamente, o que nos leva a supor que podem existir dificuldades na interpretação dos resultados, tal como aconteceu nos estudos de Barbeiro (2011) e de Maia et al. (2016).

A forma como os profissionais de educação identificam problemas de desenvolvimento nas crianças centra-se na observação e na comparação das crianças, incidindo nas várias áreas de desenvolvimento, nas competências que devem ser atingidas em determinadas faixas etárias e no comportamento. Castilho e Rodrigues (2012) enfatizaram a importância do conhecimento que estes profissionais têm acerca de desenvolvimento para poderem avaliar o desenvolvimento da criança de acordo com as competências que vai adquirindo e a forma como o faz. Por sua vez, o estudo de Lourenço (2018) permitiu perceber que os educadores de infância apenas valorizam as dificuldades de desenvolvimento mais notórias, sobretudo nas áreas da linguagem, motricidade global e socialização, em detrimento de outras mais ténues e mais difíceis de identificar, como a área da cognição, sem recorrer a um instrumento de rastreio formal, o que pode justificar uma identificação mais tardia das crianças, tal como se verifica na área da saúde.

A conversa com os pais acerca das dificuldades observadas não foi considerada uma ferramenta muito utilizada pelas profissionais, apesar de apresentarem as suas preocupações às famílias acerca de questões do desenvolvimento para ser realizado um encaminhamento para os profissionais de saúde. O envolvimento das famílias está previsto no processo de avaliação das crianças na creche (Instituto de Segurança Social, 2010) e no jardim de infância (Silva et al., 2016). Quando não existe a sua efetivação, podem não estar reunidas as condições para uma relação mais estreita entre pais e profissionais e para a partilha de informação sobre a criança, tal como referido por Brassard e Boehm (2011) e por Mendes e Cardona (2012), e que pode originar lacunas no acesso e partilha de informação importante.

Na identificação de crianças com problemas de desenvolvimento, a maior parte das profissionais de educação enfatizou o facto de as suas preocupações não serem valorizadas pelos profissionais de saúde. As profissionais apresentam as suas preocupações às famílias e, quando estas são apresentadas aos médicos de família ou pediatria, alguns desses profissionais não as validam ou desvalorizam-nas. Na perspetiva destas, este é um fator que condiciona o seu trabalho por falta de suporte dos profissionais de saúde, pois deveria existir um trabalho conjunto, tal como o previsto nos objetivos em Direção-Geral da Saúde (2013) e pelo Ministério da Educação (Silva et al., 2016).

As profissionais de educação referiram que não têm acesso a instrumentos formais de rastreio de desenvolvimento, com exceção de instituições que têm outros profissionais que realizam avaliações de desenvolvimento (psicólogos e terapeutas). Todas as profissionais seguem as normas do Instituto de Segurança Social (2010) e do Ministério da Educação (Silva et al., 2016) no que se refere à avaliação realizada às crianças. No entanto, algumas profissionais continuam a sentir limitações nesta área por necessidade de mais acesso aos documentos destas entidades e de maior suporte e orientação para a elaboração dos documentos de avaliação. As dificuldades apresentadas pelas profissionais são consensuais com os resultados do estudo de Lourenço (2018), que concluiu que, segundo a perspetiva dos educadores de infância, não têm acesso a ferramentas de identificação e encaminhamento. Também nos estudos de Germano (2011) e de Lopes (2012) se concluiu que os profissionais de educação apresentam alguma dificuldade na identificação de sinais de alarme de problemas de desenvolvimento, específicos da área da linguagem. O foco do seu trabalho deve ser intervir de acordo com as necessidades das crianças, num trabalho de parceria com a família, de forma a que a criança tenha o máximo de oportunidades de aprendizagem (McGivney, 2000). No estudo de Graça (2015), foi ressaltada, pelas profissionais, a necessidade da sua capacitação para a deteção de crianças com problemas de desenvolvimento durante a formação inicial e contínua. O estudo de Laranjeira (2012)

também validou a importância e a necessidade de formação, aos profissionais de educação, sobre desenvolvimento e IPI.

Os instrumentos que as profissionais de educação utilizam para a avaliação da criança permitem-lhes observar a criança e descrever as suas competências e aprendizagens. Estes instrumentos são construídos pelas próprias profissionais de educação. Cardona e Guimarães (Cardona, 2017) desenvolveram um estudo sobre avaliação com educadoras de infância do distrito de Santarém. Concluíram que estas apresentam dificuldade em construir instrumentos de avaliação e em saber utilizá-los de forma adequada, considerando-se importante a formação nesta área como forma de ultrapassar os problemas de burocratização da avaliação e ir ao encontro dos objetivos previstos para o processo de avaliação na educação de infância. Estes resultados validam quer as dificuldades quer as necessidades apresentadas pelas profissionais de educação no nosso estudo acerca da avaliação das crianças e da construção de instrumentos de avaliação.

Com a análise das entrevistas percebemos que as profissionais de educação foram quem apresentou mais informação, mais pormenores da realização do rastreio, com uma grande necessidade de falar de situações específicas ocorridas durante o rastreio ou na sua experiência profissional. Esta situação poderá dever-se ao facto de estas profissionais passarem um número elevado de horas com as crianças, poderem observá-las em contextos diversificados e estarem mais sensíveis para as competências que deverão ser adquiridas nas diversas faixas etárias. Poderão também ter sentido que as entrevistas eram uma forma de partilhar as suas experiências e dúvidas e, assim, adquirir maior segurança no seu papel ao nível da identificação precoce.

Na IPI não existe uma única forma de desenvolver o trabalho com crianças, famílias e outros cuidadores (Carvalho et al., 2016). Nesse sentido, cada ELI tem a possibilidade de adequar as metodologias existentes à sua forma de organização e de atuação, de acordo com os profissionais que a constituem.

Dos resultados obtidos da análise das entrevistas aos profissionais das ELI acerca do processo de elegibilidade para o SNIPI, podemos concluir que as três equipas apresentam semelhanças e diferenças em todo o processo e na forma de envolver os pais ao longo do mesmo. As semelhanças foram visíveis nas etapas que constituem esse processo, nos objetivos dos primeiros contactos, no envolvimento dos pais em momentos-chave - decisão sobre local dos primeiros contactos, no decorrer dessa etapa e na decisão sobre o local e hora da avaliação – e nos constrangimentos sentidos quanto ao tempo de duração de todo o processo. As diferenças entre as ELI centram-se na sua constituição,

no número de referências e dos elementos referenciadores, no número de elementos nos primeiros contactos e na avaliação, no acesso a instrumentos formais de rastreio/avaliação e no envolvimento dos pais no plano de preparação da avaliação e no momento da avaliação.

Ao nível da constituição das ELI, concluímos que nas três equipas há elementos de várias áreas profissionais e que a maior diferença surge ao nível dos terapeutas, salientando-se que a ELI Norte não tem quaisquer profissionais destas áreas e a ELI Centro tem terapeutas que trabalham em mais do que uma ELI. Por seu lado, a ELI Lisboa e Vale do Tejo tem na sua constituição terapeutas de diversas áreas, podendo afirmar-se que é a que se encontra mais completa e abarca praticamente todas as áreas profissionais, com exceção de área da medicina. A definição de legislação que orienta a constituição das ELI especifica os profissionais que nelas devem ser integrados (D.L. nº 281/2009). Ao não existirem nas ELI todos os profissionais que se consideram necessários, são criadas lacunas em termos de organização e de resposta às crianças e às famílias. O relatório de atividades 2015 e 2016 da Comissão de Coordenação do SNIPI (SNIPI, s/d) refere que o contributo dos três setores – Saúde, Educação e Solidariedade Social - envolvidos neste sistema é crucial. Quando um destes setores não está presente nas ELI através da presença de profissionais específicos, promovem-se desigualdades na elegibilidade das crianças e das suas famílias à IPI, por haver discrepâncias nos instrumentos de avaliação a que as ELI têm acesso, o que pode ter implicações na informação obtida acerca do desenvolvimento da criança. Também, quando não existem nas ELI profissionais de todas as áreas, estão criadas condições que condicionam uma resposta atempada e uma intervenção específica que decorre das necessidades das crianças e suas famílias. O Relatório de Atividade de avaliação do funcionamento do SNIPI em 2017 (Alves et al., 2018) refere também que a área das terapias se encontra em défice na intervenção nas ELI, sendo que foi identificada a necessidade de reforço das equipas “com profissionais de diferentes áreas de intervenção (psicologia, serviço social, terapia da fala, terapia ocupacional, enfermagem, medicina familiar ou pediatria)” (p.18).

O facto de muitos dos elementos das três ELI terem um tempo de afetação restrito, que varia entre uma hora por semana a meio horário de trabalho semanal, condiciona também a organização, a dinâmica e a disponibilidade dos profissionais para ir ao encontro das necessidades das famílias e dos prestadores de cuidados. A Comissão de Coordenação no seu último Relatório de Atividade referente ao ano de 2017 (Alves et al., 2018) menciona que efetivamente o número de horas de afetação sobretudo dos profissionais de saúde é baixo, pelo que é importante refletir nas mudanças necessárias para ultrapassar esta dificuldade.

Os diferentes profissionais que constituem a ELI, o seu tempo de afetação, o número de crianças referenciadas, a idade em que iniciam o acompanhamento e o número de crianças em acompanhamento pelas ELI estão na base de um acesso desigual por parte das crianças e das suas famílias à IPI (Alves et al., 2018). Para os profissionais da ELI Norte uma dificuldade no decorrer da sua intervenção prende-se com a sua área geográfica de abrangência, que é bastante grande e abrange vários concelhos, associada ao número de horas de afetação dos profissionais à ELI. Por estes motivos, a ELI apresenta uma organização específica, o que os profissionais consideram que é um fator condicionante do seu trabalho nos momentos de conciliar a disponibilidade dos profissionais e das famílias, uma vez que há dias específicos para trabalharem em cada concelho.

Na perspetiva dos profissionais das ELI e de algumas profissionais de educação, há a necessidade de reestruturar a constituição das ELI, sobretudo no que diz respeito aos recursos humanos, onde existe a necessidade de terapeutas, e ao tempo de afetação dos profissionais. Com ELI dotadas de mais profissionais de áreas específicas e com mais tempo para desempenhar o seu trabalho, a resposta dada às crianças e às famílias seria mais célere. A utilização do ASQ-PT pelos profissionais das ELI foi vista como uma forma de melhorar o serviço prestado, pelo que consideraram ser importante propor à Comissão de Coordenação a disponibilidade deste instrumento para os profissionais.

Relativamente ao elemento referenciador de crianças para a IPI, nas ELI Norte e Centro o principal elemento é a Saúde e na ELI Lisboa e Vale do Tejo a Educação. Estes dados vão ao encontro dos apresentados pela Comissão de Coordenação do SNIPI (Alves et al., 2018) que mencionam estas duas áreas como aquelas que realizam mais referências. Ressalva-se a importância destas duas áreas como essenciais ao nível da prevenção primária de crianças com atraso de desenvolvimento ou em risco de apresentar atraso de desenvolvimento (Simeonsson, 1994) e a necessidade de continuar a divulgar a IPI junto da comunidade. Apesar de os profissionais de saúde e de educação demonstrarem, pelas referências realizadas para a IPI, conhecerem a importância da identificação precoce, considera-se que existe ainda um trabalho que é necessário desenvolver nesta área para que os encaminhamentos sejam realizados o mais precocemente possível. Desta forma, e indo ao encontro das necessidades verificadas pela Comissão de Coordenação do SNIPI (Alves et al., 2018), as crianças poderão ser referenciadas em idades mais baixas e existir um consequente aumento do número de crianças entre os 0 e os 3 anos que serão acompanhadas pela IPI.

Salientamos ainda o facto de a ELI Norte não receber referências dos profissionais de educação, o que nos leva a concluir que estes profissionais fazem um encaminhamento para os

profissionais de saúde sempre que verificam algum problema de desenvolvimento nas crianças. Poderá ainda demonstrar uma falta de segurança acerca das suas perceções sobre o desenvolvimento das crianças e uma dificuldade em saber como abordar os pais acerca dos problemas observados nas crianças por não terem um instrumento formal que suporte a sua perspetiva. Coincidente com o período de recolha de dados do nosso estudo, surgiram referências por parte destes profissionais. No entanto, não temos dados que nos permitam concluir que a realização do rastreio foi o motivo que originou esta alteração.

Acerca da referência para o SNIPI de crianças com problemas de desenvolvimento por parte dos profissionais de educação, verificamos que algumas das profissionais de educação, sobretudo na área de Lisboa e Vale do Tejo, desconhecem o procedimento, pois nunca referenciaram crianças para este serviço. Existe também a necessidade de estas profissionais serem capacitadas para o fazer, sobretudo aquelas que têm a ajuda de profissionais da IPI que preparam o encaminhamento por elas. Estes resultados são semelhantes aos da investigação realizada por Mendes e Seixas (2016) sobre encaminhamentos para a IPI que confirmou a falta de informação da comunidade sobre este serviço e a existência consequente de um encaminhamento tardio.

Na ELI Lisboa e Vale do Tejo, ressaltou-se a importância da implementação de um rastreio de desenvolvimento e da utilização do ASQ-PT pelos profissionais de educação e pelos pais no rastreio de crianças de 5 anos. Desta forma, esta ELI poderia diminuir o número de referências recebidas que têm como objetivo a tomada de decisão acerca da transição das crianças para o 1º ciclo ou a sua permanência no jardim de infância por mais um ano, rentabilizando o seu trabalho para a dinamização de outras tarefas.

O aumento de referências que se verificou nas três ELI durante o período de utilização do ASQ-PT, em parte devido ao rastreio, segundo informação dos profissionais, valida a lacuna da identificação precoce por parte dos profissionais que trabalham ao nível da prevenção primária referida por Bricker et al. (2013). Podemos concluir que, se não tivesse sido desenvolvido este estudo centrado no rastreio de desenvolvimento, possivelmente muitas das referências seriam efetuadas tardiamente, com implicações na resposta dada às crianças e suas famílias, no tempo de intervenção e nas consequências que daí podem advir em termos de aquisição de competências nas crianças. Estes resultados são semelhantes aos dos obtidos nos estudos de; Sikkila (2018), onde numa unidade de cuidados de saúde primários, devido à utilização do ASQ-3, houve um aumento das crianças identificadas e encaminhadas para a IPI; Thomas et al. (2012), que permitiu concluir que a utilização do ASQ aumenta o número de crianças identificadas em relação às que o são através da vigilância de

desenvolvimento. Também validam as conclusões obtidas por Dunkle e Vismara (2004), Kim e Sung (2007), Bricker et al. (2013), a Direção-Geral de Saúde (2013) e o último Relatório de Atividade do SNIPI (Alves et al., 2018), que referem o aumento de identificações de problemas de desenvolvimento, quando são utilizados instrumentos formais de rastreio. Pressupõe-se então que, a não utilização de instrumentos, pode ser motivo para uma subdetecção de crianças com dificuldades de desenvolvimento não significativas e o reduzido número de crianças com menos de 3 anos (24,8%) a ser acompanhadas pelo SNIPI. Nesta sequência, os profissionais que participaram no nosso estudo consideraram que o ASQ-PT permite uma identificação e um encaminhamento precoces, reforçando a sua perceção acerca do desenvolvimento das crianças e orientando para o encaminhamento necessário. Assim, a justificação ao encaminhamento encontra-se validada por um instrumento formal de rastreio, sendo este um aspeto salientado especificamente pelas profissionais de educação. Os profissionais de saúde têm noção que não conseguem identificar todas as crianças, sendo esta questão também referida por Bricker et al. (2013), e que a utilização do ASQ-PT contribuiria também para esse objetivo.

Relativamente às semelhanças encontradas no processo de elegibilidade realizado pelas ELI, concluímos que todas cumprem as etapas previstas para o processo de elegibilidade (primeiros contactos, preparação da avaliação e avaliação da criança) e apresentam os mesmos objetivos definidos para os primeiros contactos, indo ao encontro do preconizado por McWilliam (2003) e Carvalho et al. (2016).

Para o momento dos primeiros contactos, cada ELI decide quais os profissionais presentes de acordo com o motivo da referência, tal como o previsto em Carvalho et al. (2016), e organiza-se também tendo em conta a disponibilidade e os contextos de atuação dos profissionais. À família é dada, pelos profissionais das três ELI, a decisão acerca do local onde terá lugar este primeiro encontro.

A ELI Lisboa e Vale do Tejo, desde a sua constituição em 2011, alterou a sua organização dos primeiros contactos, passando de um modelo de avaliação em arena, onde estavam presentes profissionais de diversas áreas, para a realização desta etapa por um único profissional.

A avaliação em arena é aquela que é realizada à criança por profissionais de diferentes áreas num trabalho de equipa. Este tipo de avaliação permite obter informação acerca do comportamento da criança com partilha imediata do observado. Assim, o tempo necessário à avaliação pelos diversos profissionais é diminuído, por ocorrer num momento em que estão todos presentes. Numa avaliação em arena é designado um elemento da equipa que terá como função ser o facilitador, ou seja, será a pessoa que irá interagir com os pais e com a criança. Esta forma de avaliação não deve ser utilizada

com todas as famílias, estando dependente das necessidades da crianças e da sua família (McLean & Crais, 1996).

Podemos compreender que esta ELI demonstrou algumas dificuldades na implementação da metodologia da IPI. Nos primeiros contactos com a família, no momento de lhe explicar o serviço e obter informação sobre a criança e a própria família, utilizava um método de avaliação. Tal como foi sentido pelos profissionais, esta etapa criava constrangimentos aos elementos da família pelo número de profissionais presentes. Por esta razão, sentiram a necessidade de reestruturar este momento inicial.

Durante os primeiros contactos, os profissionais têm bem definidos os objetivos que pretendem alcançar: apresentação do serviço, levantamento de prioridades e expectativas, colaboração na decisão das etapas seguintes, tal como nos são apresentados por Carvalho et al. (2016). Os pais são informados que, quando não existe informação prévia acerca do desenvolvimento da criança, há necessidade de se determinar a elegibilidade da criança para a IPI, o que implica a realização de uma avaliação formal de desenvolvimento.

Os profissionais das três ELI realizam a planificação da avaliação com as famílias durante o momento dos primeiros contactos, apesar de terem demonstrado desconhecimento sobre esta nomenclatura específica, que é referida por Carvalho et al. (2016). As famílias são envolvidas na preparação da avaliação ao ser-lhes dada a oportunidade de definir o local e o horário em que irá ocorrer e as pessoas da família que irão estar presentes e que têm um papel importante, conseguindo desta forma conhecer o contexto e as pessoas de referência que facilitarão o envolvimento e o desempenho da criança (Crais, 2003). Por vezes esta decisão tem de ser negociada entre família e profissionais devido às suas disponibilidades. Verificámos que os profissionais realizam, de forma esporádica ou excecional, avaliações sem a presença dos pais, por decisão destes. Apesar de ser preconizada a sua colaboração em todos os momentos do processo de IPI, os pais podem considerar que, sem a sua presença, a criança demonstrará mais fielmente as suas competências. Os profissionais devem aceitar a decisão da família de maneira a tornar o processo “dinâmico e individualizado” (Carvalho et al., 2016, p.124) e posteriormente apresentar os resultados da avaliação e perceber se os dados recolhidos são validados pelos pais.

A ELI Centro, ao dar aos pais a possibilidade de opção sobre o seu papel nesta etapa da elegibilidade, demonstra-lhes que têm o poder de tomar decisões que são apoiadas pelos profissionais (Crais, 2003). Nas outras duas ELI, continua a caber aos profissionais a decisão acerca dos papéis das pessoas presentes na avaliação. Poderá existir neste âmbito uma lacuna no que diz respeito à

apresentação dos diferentes papéis que os pais podem ter neste momento, de forma a tomarem uma decisão informada (Carvalho et al., 2016).

De uma forma geral, as três ELI utilizam instrumentos formais de rastreio e avaliação para determinar as competências das crianças e assim obter a informação necessária para definir a elegibilidade da criança para o SNIPI. O facto de não existir, por parte dos profissionais, acesso aos mesmos instrumentos poderá ter influência na sua escolha. Os profissionais que têm acesso a uma variedade de instrumentos com capacidade de avaliar áreas de desenvolvimento mais específicas, conseguirão mais facilmente definir o plano de avaliação que melhor responde às preocupações das famílias (Bagnato, 2007). Quando são utilizados diferentes instrumentos no momento da elegibilidade, os resultados obtidos em relação ao conhecimento acerca do desenvolvimento serão diferentes, podendo ser mais ou menos abrangentes. Na nossa opinião, esta situação poderá permitir diferentes perceções acerca da elegibilidade de algumas crianças, apesar de a Comissão de Coordenação do SNIPI já ter definido esses critérios. Ou seja, uma criança elegível numa ELI poderá não ser elegível noutra devido aos instrumentos utilizados e à informação obtida na etapa de avaliação. A utilização de um conjunto padronizado de instrumentos formais de rastreio proporcionaria a todas as crianças a mesma oportunidade de elegibilidade para o SNIPI. No entanto, no D.L. n.º 281/2009, como um dos objetivos da Comissão de Coordenação do SNIPI, está prevista a definição de instrumentos de avaliação, o que iria colmatar esta necessidade.

Analisando o envolvimento dos pais nas diversas etapas por parte dos profissionais, verifica-se que, ao ser dada aos pais a decisão acerca do local onde serão realizados os primeiros contactos e ao ser imprescindível a sua presença nesse momento específico, de acordo com McWilliam (2003) e Carvalho et al.. (2016), é-lhes dado o controlo inicial no início do processo de elegibilidade mediante a possibilidade de oportunidades de escolha e devido à importância do seu envolvimento nesta etapa.

No momento da avaliação, os pais envolvem-se de formas diferentes, podendo ter um papel mais de observadores ou serem mais ativos e colaborarem para a criança mostrar o seu melhor desempenho. Alguns dos pais optam por observar a criança a realizar as atividades que lhe são propostas. Verificou-se que a utilização de instrumentos formais de avaliação pode condicionar um envolvimento mais ativo da família no sentido de não haver interferência acerca da informação que está a ser recolhida. Nestes momentos, os profissionais assumem sobretudo o papel de dinamizadores da avaliação (Carvalho et al., 2016). Com a análise das entrevistas, não foi perceptível se os profissionais recolhem informação acerca da perceção da família sobre as competências e capacidades da sua criança. No entanto, os profissionais durante a avaliação também procuram, por vezes, a ajuda dos

pais quando a criança não está a colaborar, informando-os ou capacitando-os sobre o que se pretende que a criança realize, tornando-os dinamizadores de alguns momentos da avaliação. Desta forma, os profissionais demonstram assim que o envolvimento dos pais neste momento é crucial para que a criança demonstre ao máximo as suas competências e para que o seu comportamento corresponda o mais possível ao real, o que pode não se verificar quando a avaliação ocorre em contextos novos e estranhos para a criança.

A forma como cada ELI envolve os pais no momento da avaliação reflete uma procura de adequar os modelos utilizados. O facto de, durante a avaliação, poder haver um ajuste do papel dos pais e ser pedida a sua colaboração em alguns momentos possibilita que a criança mostre o seu melhor desempenho. Crais (2003) considera que já há formas de avaliação em que os profissionais encorajam o envolvimento dos pais quando a criança não colabora na realização de atividades específicas, conseguindo assim uma participação mais ativa da parte destes. Da análise realizada, os profissionais respeitam as decisões dos pais acerca do papel que escolhem ter na avaliação. Apoiar a decisão acerca do papel que os elementos da família vão ter na avaliação “é essencial para desenvolvermos uma relação positiva” (Crais, 2003, p.89). Desta forma, é possibilitado o estabelecimento de uma relação de partilha com a colaboração entre os profissionais e os pais (Bagnato, 2007; Gallagher et al., 2000), indo ao encontro das componentes profissionais que caracterizam uma ajuda eficaz: qualidade técnica, práticas relacionais e práticas participativas (Carvalho et al., 2016). Pretende-se que as práticas que promovem a participação da família, aliadas a práticas de ajuda e aos saberes dos profissionais promovam a obtenção de resultados desejados pelos pais e os profissionais providenciem oportunidades de alcançarem esses resultados (Carvalho et al., 2016). No entanto, sobre o envolvimento dos pais na avaliação, algumas questões são levantadas: os pais têm conhecimento efetivos dos papéis que podem ter nesse momento? A utilização de instrumentos formais condiciona o envolvimento ativo dos pais? Como podem os profissionais envolver os pais na avaliação?

Em duas ELI foi especificado que, quando a avaliação ocorre no contexto educativo, os pais não estão presentes. Esta questão dificulta o envolvimento dos pais em todos os momentos do processo de elegibilidade. Para além disso, este contexto não pode ser condicionador do envolvimento dos pais, indo contra ao previsto por Silva et al. (2016), principalmente num momento crucial das suas vidas e das suas crianças, como é o da avaliação para definição da elegibilidade para o SNIPI. Como pode ser criada uma relação de confiança entre profissionais (ELI e educação) e pais se estes últimos

são afastados de um contexto significativo da vida das suas crianças, que deveria ser promotor do seu envolvimento?

Os profissionais da ELI Lisboa e Vale do Tejo, apesar de conhecerem os modelos que regem a IPI, manifestaram dificuldades no envolvimento e na participação da família em todo o processo de intervenção. Se a família não está envolvida em todo o processo, diminui a possibilidade de vir a utilizar as capacidades que já possui e, ao mesmo tempo, de adquirir novas competências para obter o suporte ou os recursos de que necessita (Dunst, 2017).

As dificuldades sentidas pelos profissionais desta ELI, no envolvimento das famílias, ao nível da tomada de decisões e das práticas de IPI centradas nas prioridades da família, vão ao encontro das identificadas por Serrano et al. (2017). Os profissionais devem analisar as suas práticas para perceberem como poderão organizá-las numa perspetiva mais centrada na família. Esta mudança surge também devido à existência de um modelo onde o profissional é visto como perito e que, quando colocado em prática na IPI, o torna o decisor da intervenção, com uma limitada participação dos pais na tomada de decisões e no envolvimento na intervenção. Nesta sequência, o estudo de Cañadas (2013 citado por Serrano et al., 2017) também tinha identificado como maior constrangimento dos profissionais no desenvolvimento do seu trabalho o facto de não saberem como envolver as famílias na intervenção e na tomada de decisões, o que foi também perceptível em alguns dos profissionais do nosso estudo.

De acordo com Bricker (1996), o envolvimento da família em todas as etapas da IPI, aumenta a sua participação na intervenção, com consequente implicação positiva nos resultados que se obtêm quer na criança quer na família.

Apesar do processo de elegibilidade ter objetivos bem definidos, concluímos que este varia nas 3 ELI em termos da planificação, do tempo de duração, da utilização de instrumentos de rastreio e de avaliação e na forma de envolvimento dos pais. Estas diferenças estão previstas no desenvolvimento da IPI, com a adequação da organização e da dinâmica de trabalho da ELI de acordo com as suas práticas (Franco, 2007).

Devido ao número reduzido de questionários utilizados, no entender dos profissionais das ELI, não se verificaram mudanças na organização do processo de elegibilidade.

Nas três ELI, o tempo de duração do processo de elegibilidade não é homogéneo, mas todos os profissionais sentem estar condicionados pela disponibilidade apresentada pelos pais no sentido de dar uma resposta o mais célere possível e iniciar o mais precocemente possível a intervenção. Pressupõe-se que o facto de a ELI Lisboa e Vale do Tejo ter um tempo de duração maior no processo

de elegibilidade poderá estar associado ao número elevado de referências que são recebidas. Poderá este ser um motivo para a definição de apenas um profissional para este processo e não ser um trabalho mais em equipa, com olhares diferentes sobre a mesma criança e sua família. Também nesta ELI se verificou que há um número significativo de crianças com 5 anos que são encaminhadas para a IPI como forma de se perceber se devem transitar para o 1º ciclo do ensino básico ou permanecer mais um ano na educação pré-escolar. Considera-se que este não é um dos objetivos do SNIPI, pelo que esta ELI é assobrada com um trabalho cuja responsabilidade poderia ser entregue a outros serviços. Se a criança aos 5 anos apresenta dificuldades de desenvolvimento, pressupõe-se que essas dificuldades já seriam perceptíveis anteriormente, o que se conclui que o encaminhamento destas crianças já é realizado em momentos tardios.. Não pode ser função da ELI dar o parecer para uma tomada de decisão que cabe aos pais e aos profissionais que trabalham diretamente com as crianças. De acordo com o Relatório de Atividade da Comissão de Coordenação do SNIPI referente ao ano de 2017 (Alves et al., 2018), o número de crianças acompanhadas pelas ELI tem vindo a aumentar, o que tem efeitos diretos na sua capacidade de resposta e origina “uma sobrecarga de processos por ELI, dificultando um acompanhamento direto das crianças por parte destas” (p. 13). Para além disso, as crianças em acompanhamento no SNIPI têm, na sua maioria, mais de 3 anos, o que é consonante com o referido anteriormente. É importante, então, refletir sobre formas de identificar e encaminhar crianças mais precocemente. Poderá a articulação entre profissionais de educação e de saúde contribuir para diminuir a idade em que as crianças são identificadas?

No processo de elegibilidade para o SNIPI, devido ao tempo de utilização do ASQ-PT e ao número de referências recebidas durante esse período, nem todos os profissionais tiveram a oportunidade de utilizar o instrumento. Na ELI Lisboa e Vale do Tejo acresce como dificuldade o facto de a maioria das referências recebidas apresentarem já um diagnóstico ou avaliações de desenvolvimento realizados por profissionais de saúde.

A dinâmica das 3 ELI é diferente, como ficou frisado anteriormente. Foram perceptíveis algumas dificuldades ao nível da implementação das práticas centradas na família e no envolvimento das famílias. As justificações apresentadas focam-se na falta de disponibilidade dos pais e na falta de reflexão para mudanças das práticas utilizadas. Estes resultados são compatíveis com os apresentados nos estudos de Fleming et al. (2011), Fioravanzo (2014) e Martins (2017), onde concluíram que os profissionais apresentam conhecimento limitado e dificuldades na implementação das práticas centradas na família, por lacunas na sua formação e por motivos extrínsecos, como a falta de disponibilidade e a capacidade de colaboração das famílias. Simões (2018) concluiu que a maioria dos

profissionais tinha formação em IPI, o que é contrário aos resultados do nosso estudo, mas dificuldades na implementação das práticas centradas na família,

Durante a realização do rastreio com o ASQ-PT, de um modo geral, os profissionais deixaram ao critério das famílias a forma como iriam preencher os questionários, pelo que a maioria respondeu sozinha, com alguns casos pontuais onde houve necessidade de suporte no preenchimento por parte de alguns profissionais. Houve apenas duas profissionais de educação que ajudaram as famílias no preenchimento, uma vez que estas não iriam conseguir fazê-lo sem auxílio devido ao seu baixo nível de literacia. Estes dados são compatíveis com as dificuldades mais referidas pelos profissionais acerca do preenchimento dos questionários pelas famílias que se centram no nível de literacia destas e na compreensão e interpretação das questões. As autoras do ASQ (Squires et al., 1997; Squires et al., 2009) tinham já apresentado estas dificuldades e considerado que, apesar de este instrumento poder ser preenchido por pais com baixo nível de escolaridade, há pais que não conseguem preenchê-lo sozinhos e, por isso, necessitam da ajuda dos profissionais.

O retorno dos questionários preenchidos foi de 91,4%, o que demonstra, na nossa opinião, quer o interesse das famílias em participar no rastreio quer o envolvimento dos profissionais na sua realização e no incentivo dado aos pais para participarem. Também o estudo desenvolvido por Troude, Squires, L'Hélias, Bouyer e La Rochebrochard (2011) tinha apresentado um retorno elevado de questionários preenchidos pelas famílias (79%).

As limitações apresentadas pelos profissionais e pelas famílias não tiveram impacto nas etapas do rastreio, apesar de poderem ter condicionado de alguma forma a participação de algumas famílias, sobretudo em comunidades que não estão habituadas a participar em estudos onde o envolvimento das famílias é essencial.

As vantagens do ASQ-PT em diversas áreas - processo, instrumento - e para os participantes do rastreio (profissionais, família e criança), demonstram a abrangência dos pontos positivos referidos pelos entrevistados. A organização definida para a realização deste rastreio com o ASQ-PT teve como base o sistema ASQ (Squires et al., 2009) e contribuiu para que as etapas estivessem bem delineadas e fossem fáceis de implementar. Alguns profissionais de saúde conseguiram desenvolver um trabalho de equipa com a ELI no sentido de existir um encadeamento entre identificação das crianças, encaminhamento e intervenção.

O ASQ-PT foi considerado um instrumento importante para ser utilizado pelas ELI e nas áreas da educação e da saúde, devendo mesmo ser introduzido nas consultas de saúde infantil. A utilização

do ASQ-PT, nas áreas que têm como função a prevenção primária, traria benefícios, dado que todos os profissionais teriam acesso ao mesmo instrumento para rastrear o desenvolvimento das crianças, para desenvolver um trabalho conjunto ao nível da identificação precoce e, assim, uniformizar serviços e procedimentos. A uniformização do processo de identificação precoce estaria assim assegurada, contribuindo para uma maior articulação entre profissionais.

Profissionais e famílias referiram que o instrumento ASQ-PT apresenta inúmeras características que tornam a sua utilização numa mais-valia: rastreia diversas áreas de desenvolvimento com poucos itens em cada uma, é simples e prático, é fácil de preencher, o seu preenchimento não exige muito tempo, tem perguntas diretas e objetivas, as imagens contribuem para a compreensão de algumas questões, não exige material específico, é ajustado à idade das crianças e o resultado é visualmente perceptível na folha de sumário. As características identificadas no nosso estudo são compatíveis com as obtidas por Squires et al. (2009), Saihong (2009), Ruivo (2011), McKnight (2014) e Abdoola (2015).

Apesar de profissionais de saúde e de educação apontarem a extensão do questionário e a complexidade de algumas questões como desvantagens do ASQ-PT, estes aspetos não foram referidos como negativos pelas famílias. Neste sentido, talvez tivesse sido importante perceber junto de um número maior de famílias as suas perceções acerca do instrumento. Os profissionais de saúde referiram o tempo de preenchimento do questionário como moroso por condicionantes de horário que têm disponível para cada consulta. No entanto, consideramos que, de acordo com Hix-Small et al. (2007), se os pais preencherem os questionários sozinhos com a ajuda, em caso de necessidade, de outros profissionais (administrativos, assistentes operacionais ou outros disponíveis), essa questão é ultrapassada.

As famílias, apesar de considerarem que o questionário não demora muito tempo a preencher, referiram que o tempo de preenchimento pode ser visto como negativo para alguns pais que apresentem uma disponibilidade limitada. Também a compreensão dos questionários pode ser uma desvantagem para alguns pais, de acordo com os profissionais das ELI e algumas famílias. Alguns destes resultados tinham já sido identificados no estudo de McKnight (2014), onde os pais tinham apresentado como desvantagens o tempo de preenchimento, alguma da linguagem utilizada e a sua compreensão. As autoras do ASQ (Squires et al., 2009) referiram que este instrumento não é passível de ser utilizado por todos os pais, devido a questões de literacia, podendo essas dificuldades ser ultrapassadas com a colaboração dos profissionais. Também alguns pais podem demonstrar falta de interesse, devendo ser aceite a sua opinião. Nestes casos, seria importante refletir numa forma dos profissionais motivarem os pais para o preenchimento do questionário.

O preenchimento dos questionários pelos pais foi visto por profissionais de educação e por famílias como uma desvantagem do instrumento, enquanto profissionais das ELI e de saúde consideraram que este fator, associado a dificuldades de compreensão das questões, pode proporcionar o enviesamento das respostas dadas pelos pais. Se estes apresentam dificuldades ao nível da compreensão de algumas questões e optam por não solicitar ajuda aos profissionais, não há certeza por parte destes acerca das respostas dadas pelos pais. Está previsto no programa do ASQ a verificação das diferenças observadas por pais e profissionais acerca das capacidades da criança, com a validação das respostas respondidas no questionário (Squires et al., 2009). O enviesamento das respostas dadas pelas famílias pode surgir, na opinião dos profissionais, devido a diferentes perceções acerca das capacidades das crianças, empolando-as, ou a não quererem referir as dificuldades delas. Esta desvantagem é oposta aos resultados obtidos nos estudos de Saihong (2009), Squires et al. (2009), Graça (2013), Lopes (2013), Kvestad, Taneja, Kumar, Bhancari, Strand e Hysing (2013) e Teixeira (2013), onde se verificou, através da análise do acordo entre observadores, uma concordância elevada das respostas dos pais e dos profissionais. Também Glascoe (2005) referiu que os pais são os primeiros a aperceberem-se de alterações de desenvolvimento na sua criança e que os profissionais devem valorizar as preocupações que lhes sejam apresentadas.

Alguns profissionais consideraram que se preenchessem o questionário em conjunto com os pais iriam influenciá-los nas respostas a dar. De acordo com Meisels e Atkins-Burnett (1999), quando as perceções de pais e profissionais acerca das necessidades e forças da criança são semelhantes e há partilha de informação, estão criadas as condições para uma maior compreensão do desenvolvimento por parte das famílias e para seguir as recomendações dos profissionais. As questões que se levantam são: será que é dada aos pais a oportunidade de apresentarem as suas preocupações acerca do desenvolvimento da criança sem serem desvalorizadas ou sendo-lhes dada a devida atenção? Será que profissionais e pais compreendem os sentimentos uns dos outros no momento de abordar os problemas de desenvolvimento de uma criança? Serão os profissionais claros na apresentação da informação e na orientação para os serviços necessários? Como poderá desenvolver-se uma relação mais colaborativa entre famílias e profissionais no sentido de desmistificar o que são dificuldades de desenvolvimento, rastreio e dar informação acerca dos serviços que podem acompanhar as crianças e as famílias?

Dworkin (1989) e a Direção-Geral de Saúde (2013) tinham referido a necessidade de os profissionais de saúde terem conhecimento sobre desenvolvimento, para além de motivação e experiência para avaliar o desenvolvimento da criança e para a utilização e interpretação de

instrumentos de rastreio, questões que não se podem cingir à sua formação inicial. Pinto (2009) abordou também esta questão, salientando a importância da atualização dos conhecimentos por parte destes profissionais. A utilização do ASQ-PT promoveu, nos profissionais de saúde, uma reflexão acerca de desenvolvimento infantil, o que lhes permitiu pensar sobre as competências que devem ser adquiridas pelas crianças nas diferentes etapas de vida. As consequências que daí advêm são positivas, uma vez que permitirá uma observação diferente da criança, com um possível acesso a mais informação e um maior conhecimento sobre as suas competências e, ao envolver os pais, ter uma maior noção da perceção destes sobre o desenvolvimento da criança.

O envolvimento dos médicos de família no rastreio foi considerado crucial, principalmente na apresentação dos resultados aos pais e na abordagem acerca dos encaminhamentos necessários, uma vez que são estes profissionais que têm um papel mais valorizado na área da saúde.

As profissionais de saúde do Hospital manifestaram que o facto de os pais preencherem o questionário ASQ-PT antes da consulta, permite-lhes interpretar os resultados de forma mais precisa, estabelecendo uma comunicação com as famílias em que são focados aspetos do desenvolvimento e não apenas do crescimento e da saúde da criança. Conseguem também adequar a sua abordagem com a recolha de informação necessária para complementar os resultados obtidos no rastreio e explorar as preocupações sentidas pelos pais em relação à sua criança e às competências que apresentam (Bricker et al., 2013).

Os profissionais de ELI Centro referiram a importância dos profissionais de educação terem acesso e estarem envolvidos num programa de rastreio como forma de ser promovida uma colaboração com as famílias. Assim, estas conseguem conhecer melhor o desenvolvimento das crianças e ter uma participação mais ativa nos contextos que são, para as crianças, mais significativos (Brassard & Boehm, 2007).

As profissionais de educação consideraram que o ASQ-PT valida as suas preocupações e as suas dúvidas, uma vez que os resultados do rastreio foram ao encontro das suas perceções acerca das crianças. Estes resultados validam a capacidade dos pais refletirem e completarem com precisão o questionário (Graça, 2013; Lopes, 2013; Squires et al., 1997; Teixeira, 2013). Ficou também reforçada a perceção das profissionais sobre o desenvolvimento das crianças através de um instrumento formal, a que tiveram acesso por alguém externo à instituição onde trabalham, e lhes proporcionou a tranquilidade e a segurança de que necessitavam no que diz respeito à identificação de problemas de desenvolvimento nas crianças.

As desvantagens do rastreio para os profissionais que foram mais referidas dizem respeito ao tempo que os profissionais de saúde dos CS têm para o rastreio e à atuação dos profissionais de educação com os pais. Durante as entrevistas aos profissionais de saúde dos CS, percebemos a sua dificuldade em implementar o rastreio devido à falta de tempo, de disponibilidade e de recursos humanos para executar as inúmeras atividades e tarefas que lhes competem. Estas dificuldades apresentadas tinham também sido identificadas por Kim e Sung (2007). No entanto, verificou-se que esta dificuldade não se verificou num dos CS, onde os profissionais tinham tomado a decisão de trabalhar em conjunto e aproveitar a oportunidade que a participação neste estudo lhes proporcionava para rastrearem algumas das crianças da sua comunidade. Na nossa opinião, os fatores motivação, a organização do serviço, a relação entre profissionais e a valorização do trabalho colaborativo podem ter influenciado positivamente estes profissionais. Estes aspetos, aliados à consciência da importância da realização do rastreio, talvez expliquem o facto de sentirem que não precisaram de muito tempo de consulta. Com a implementação do rastreio com o ASQ-PT, o preenchimento dos questionários pode ser realizado pelos pais com o auxílio de outros profissionais do CS, uma vez que, assim, seria possível ultrapassar as dificuldades de limites de tempo sentidas por parte de enfermeiros e médicos da família nas suas consultas. Também no Hospital, as profissionais, devido à dinâmica de trabalho que implementam, sentiram que o ASQ-PT iria trazer bastantes benefícios ao seu trabalho, sobretudo para as pediatras. Ao darem o questionário aos pais para preencher, antes da consulta, contribuiria para que estes se focassem no desenvolvimento das crianças e não apenas em questões de saúde e de crescimento. Hix-Small et al. (2007) tinham já obtido conclusões semelhantes no seu estudo desenvolvido em consultas de pediatria de rotina. Mediante um resultado do rastreio que implique um encaminhamento, os sentimentos dos pais podem ser adversos à continuidade do processo. Este é um aspeto abordado pela Direção-Geral de Saúde (2013) e que condiciona um encaminhamento precoce por parte de alguns profissionais de saúde. Como forma de ultrapassar esta dificuldade poderia ser importante os profissionais terem formação sobre como informar e apoiar os pais quando as suas crianças apresentam dificuldades de desenvolvimento.

Da parte das profissionais de educação, foi perceptível as dificuldades que sentem em abordar os pais quando uma criança tem problemas de desenvolvimento devido ao receio da sua reação, às dificuldades que eles podem ter em aceitar o que lhes está a ser transmitido e, sobretudo quando existem diferenças na perceção do desenvolvimento das crianças, já referidas anteriormente. Mas são estas profissionais que conseguem ter o distanciamento emocional necessário para observar, tomar decisões e partilhá-las com as famílias com vista a um encaminhamento (Castro & Gomes, 2000). Nos

estudos de Germano (2011), de Lopes (2012) e de Lourenço (2018) concluiu-se existir insegurança, da parte dos educadores de infância, na identificação de aspetos específicos de desenvolvimento. Germano (2011) verificou ainda que os profissionais sentiram algum receio, na abordagem aos pais, sobre a aceitação dos problemas de desenvolvimento das suas crianças. Os resultados quer do nosso estudo quer dos estudos de Germano, Lopes e Lourenço são coincidentes.

As profissionais, para se sentirem mais seguras nas suas perceções acerca das dificuldades de desenvolvimento das crianças, durante as suas conversas com os pais, informam-nos e propõem o encaminhamento para profissionais de saúde. Contudo, do seu ponto de vista, os profissionais de saúde desvalorizam muitas das vezes as dificuldades das crianças. Pinto (2009) referiu a importância de estes profissionais deverem ter uma mente aberta à evolução da área da Pediatria e ser necessário recusarem continuar a utilizar justificações dadas acerca de desenvolvimento: “a criança vai falar quando for para a creche (...) não fala porque tem o freio curto (...) porque a avó falava pouco com ela” (Pinto, 2009, p. 686). Esta informação valida a perceção das profissionais de educação. O próprio Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Direção-Geral de Saúde, 2013) aborda a importância da valorização das preocupações apresentadas por pais e educadores, como forma de identificar e encaminhar precocemente crianças com problemas de desenvolvimento. O facto da perceção das profissionais de educação ser contrária, pressupõe a existência de um possível entrave na deteção das dificuldades das crianças, bem como lacunas ao nível da articulação entre serviços.

Como mudança ao nível da identificação precoce, foi salientada a necessidade dos profissionais de saúde valorizarem as perceções dos profissionais de educação sobre o desenvolvimento da criança para ser possível efetuar um trabalho conjunto entre estas duas áreas de prevenção primária. Para além disso, na área da educação seria importante a existência de instrumentos de rastreio que validassem as preocupações dos profissionais e justificassem os encaminhamentos que consideram ser necessários realizar, tal como tinha sido abordado por Silva (2012) e Lourenço (2018). Este aspeto foi também referido pelas profissionais de educação como essencial no processo de avaliação das crianças que têm de realizar na creche e no jardim de infância, apesar de ser contrário ao tipo de avaliação preconizado pelo Ministério da Educação (Silva et al., 2016). Assim, seria possível que os conhecimentos destes profissionais sobre desenvolvimento fossem valorizados pelos profissionais de saúde, promovendo uma identificação precoce das crianças com problemas de desenvolvimento. No Programa de Saúde Infantil e Juvenil (Direção-Geral de Saúde, 2013) está ressalvada a importância que os pais, familiares e cuidadores que acompanham a criança no seu dia-a-dia, conhecendo-a de forma mais aprofundada do que os profissionais de saúde, referindo-

se que se deve “(...) valorizar, até prova em contrário, as suspeitas e preocupações veiculadas espontaneamente pelos pais e educadores (...)” (p.54).

As profissionais de educação sentiram que devem estar mais envolvidas em todo o processo de rastreio, e não servirem apenas como intermediárias, como se verificou no nosso estudo. A sua consciencialização acerca do seu envolvimento nas várias etapas do rastreio permitiu-nos perceber que demonstraram interesse pelo rastreio, que este foi valorizado por elas e que percecionaram a importância de terem uma participação mais ativa. Para tal, sentiram que necessitavam de aceder a mais informação acerca do processo e do instrumento, o que será possível através da criação de um programa de formação.

As famílias consideraram que o facto de este rastreio prever o envolvimento dos profissionais e dos pais foi vantajoso, o que corrobora a importância da participação das famílias, com a partilha de informação acerca da criança, em todos os momentos do processo de identificação e encaminhamento, bem como do processo de elegibilidade para o SNIPI (Carvalho et al., 2016; McWilliam, 2003; Squires et al., 1997).

A colaboração entre pais e profissionais aumenta a confiança das famílias nos próprios profissionais por se sentirem apoiadas e orientadas para ajudarem as suas crianças nos problemas que possam apresentar. No estudo de Della Barba et al. (2018) também se tinha verificado a intensificação da relação entre famílias e profissionais com a partilha de informação acerca de desenvolvimento e da criança. Contrariamente, Morelli et al. (2014) tinham concluído existir, da parte dos profissionais de saúde, falta de confiança nas percepções dos pais sobre o desenvolvimento das suas crianças, salientando-se, assim, a importância da colaboração entre profissionais e famílias. A utilização do ASQ-PT permite a capacitação de pais e profissionais acerca de desenvolvimento, trazendo maior compreensão sobre as competências das crianças e proporcionando o aumento do envolvimento das famílias, sobretudo nos contextos educativos.

Na maioria das entrevistas, os profissionais referiram, como mudança ao processo de rastreio, o preenchimento do questionário por pais e profissionais de forma colaborativa. Esta perspetiva surgiu como maneira de se ultrapassar um possível enviesamento das respostas pelos pais durante o preenchimento devido ao facto de poderem existir diferentes percepções acerca do desenvolvimento por pais e profissionais. Os profissionais de saúde foram os que menos salientaram esta necessidade de mudança.

A falta de confiança nas respostas e nas capacidades dos pais para responderem a um questionário sobre desenvolvimento ficou, no entanto, bem frisado por algumas das profissionais de

educação. Estes resultados são contrários aos estudos desenvolvidos por Glascoe (2000), a American Academy of Pediatrics (2001) e Bricker et al. (2013) que concluíram que os pais conseguem identificar atrasos de desenvolvimento através das informações que fornecem. Para além disso, os profissionais, após o preenchimento do questionário pelas famílias, devem ter tempo para rever com elas o resultado do rastreio, conseguindo assim compreender as suas preocupações e orientá-las para os recursos necessários em caso de necessidade de avaliação à criança (Pizur-Barnekow et al., 2010; Sikkila, 2018).

Na sequência de mudanças a implementar no rastreio, os profissionais das ELI referiram que deveriam ser eles a demonstrar aos pais as atividades a realizar pelas crianças. Se esta demonstração ocorrer como modelamento para os pais saberem o que têm de fazer e observar nas crianças, considera-se que desta forma as famílias têm um envolvimento ativo. No entanto, se esta demonstração dos profissionais os tornar dinamizadores do rastreio, estes continuam a ter um papel preponderante como especialistas (Carvalho et al., 2016).

Para a maioria dos profissionais, o conhecimento sobre desenvolvimento que os questionários do ASQ-PT proporcionam às famílias é crucial. No entender de quase todas as famílias, ao preencherem o questionário obtiveram conhecimento acerca das competências das crianças, uma vez que ficaram mais despertas para aquisições que não sabiam que as crianças já tinham e tomaram consciência das competências que as crianças têm de adquirir numa determinada faixa etária. Estes dados são consonantes com a Division for Early Childhood (2014) e corroboram os resultados obtidos por Germano (2011), onde os educadores de infância tinham referido a falta de atenção dos pais a aspetos do desenvolvimento, pelo que fica então salientada a importância do envolvimento das famílias no preenchimento de um questionário de rastreio de desenvolvimento. Nos estudos de Della Barba et al. (2015), McKnight (2014), Morelli et al. (2014), Saihong (2009) e Squires et al. (2009) são também referidos os conhecimentos adquiridos pelas famílias sobre desenvolvimento infantil e a sua capacitação.

Para as famílias, receber o resultado do rastreio, permitiu-lhes ter um maior conhecimento acerca do desenvolvimento das suas crianças, obter informação sobre como e o que estimular nas suas crianças e, ao mesmo tempo, aumentar o leque de atividades que podem realizar com elas. Estes resultados são semelhantes aos obtidos nos estudos de Della Barba, Rizzo e Serrano (2011), de Della Barba et al. (2018) e Troude et al. (2011). Esta vantagem corrobora ainda os estudos desenvolvidos pelas autoras do ASQ (Squires et al., 2009), onde se percebeu a capacitação dos pais acerca de desenvolvimento e o acesso a novas atividades promotoras de evoluções, bem como a adequação das

expetativas dos pais às competências da criança. Dunst (2017) referiu o aumento de confiança, de bem-estar e de competências dos pais quando participavam em atividades e rotinas diárias do seu interesse com as suas crianças como forma de contribuir para o seu desenvolvimento.

Foi perceptível a importância da promoção do interesse, da atenção e da reflexão sobre o desenvolvimento e de competências específicas das crianças por parte das famílias. Também o seu envolvimento e a sua interação foram valorizados, pelo que é relevante promover-se uma maior colaboração entre pais e profissionais para a aquisição de novas competências parentais e para o desenvolvimento da criança (Division for Early Childhood, 2014).

As famílias, quando pretendem ter conhecimento acerca de desenvolvimento ou quando têm preocupações em relação ao desenvolvimento das suas crianças, recorrem sobretudo a profissionais de educação e de saúde. No entanto, verifica-se que existem famílias que recorrem a familiares, amigos e à internet para tirar dúvidas que surjam. Não explanámos com as famílias quais as plataformas informáticas a que recorrem, o que teria sido importante para perceber a credibilidade destas no que se refere à informação apresentada.

A maior desvantagem que foi referida por alguns profissionais, nomeadamente de educação, acerca do rastreio com o ASQ-PT para as famílias é a sua falta de rigor nas respostas. Esta questão surge sobretudo da parte das profissionais de educação, verificando-se uma possível falta de confiança nos pais para preencherem um questionário sobre desenvolvimento. Em Portugal existe ainda uma perceção dos profissionais como especialistas ou peritos (Carvalho et al., 2016), quando são abordadas questões de desenvolvimento e de avaliação. Apesar disto, ressaltamos que estas profissionais, na sua maioria, consideraram que os resultados do rastreio foram ao encontro das suas perceções acerca do desenvolvimento das crianças.

Segundo os profissionais de saúde e de educação, há famílias, sobretudo as mais desfavorecidas, que desvalorizam o rastreio por desconhecimento sobre desenvolvimento, o que implica que não valorizam a aquisição de competências específicas. São também estas famílias que apresentam lacunas ao nível da estimulação das crianças e da sensibilidade das necessidades delas e, conseqüentemente, podem negar as questões de desenvolvimento das suas crianças. Os profissionais de educação que participaram no estudo de Germano (2011) tinham já abordado a falta de atenção dos pais a aspetos do desenvolvimento. Existe ainda, da parte de algumas famílias, a associação de rastreio de desenvolvimento à aplicação de um “rótulo” na criança por parte dos profissionais, por haver um foco nas dificuldades (Bricker, 1996). Contudo, há famílias que têm uma visão oposta e

entendem que participar num rastreio de desenvolvimento lhes vai trazer informação ou tirar dúvidas acerca do desenvolvimento das suas crianças.

A colaboração com a criança durante o preenchimento do questionário permitiu que esta estivesse no seu contexto natural com pessoas significativas, empenhando-se no que lhe era pedido e correspondendo o melhor possível às solicitações do adulto dinamizador do rastreio, sempre dentro de uma perspetiva lúdica. Algumas famílias tomaram consciência de que se o rastreio fosse realizado num contexto estranho ou por um adulto estranho à criança, o resultado poderia não demonstrar as melhores capacidades da criança, o que revela a importância do rastreio da criança nos seus contextos naturais e com pessoas que são para ela importantes (Squires et al., 2009).

A realização do rastreio de desenvolvimento com o ASQ-PT pode ser desvantajoso para as crianças se estas não apresentarem disponibilidade para realizar as atividades com as famílias. Cabe a estas escolher um momento em que as crianças se mostrem mais disponíveis para colaborar.

Quando nas entrevistas abordámos os sentimentos durante o decorrer do rastreio, entendemos que, quanto mais envolvidos no rastreio estiveram os profissionais, melhor foi o feedback dado. Verificámos também que os profissionais de saúde, pelas razões explanadas anteriormente, foram os que sentiram mais assoberbados para implementarem o rastreio com o ASQ-PT, com influência negativa na sua motivação. Os sentimentos das profissionais de educação não foram consensuais e variaram entre tranquilidade e receio, salientando-se o pouco envolvimento que estas profissionais decidiram ter no rastreio. Da parte da maioria das famílias entrevistadas, houve sentimentos positivos, de contentamento e alívio, uma vez que durante o preenchimento foram tendo a perceção do desenvolvimento das suas crianças.

Podemos perceber que as desvantagens encontradas pelos profissionais e pelas famílias se devem à organização e dinâmicas de trabalho dos profissionais, à falta de confiança nas famílias para preencherem um questionário sobre desenvolvimento, à falta de segurança de alguns profissionais na abordagem aos pais e à desvalorização da importância de um rastreio que contribui para uma identificação precoce de crianças com problemas de desenvolvimento. Consideramos que todos estes aspetos poderão ser ultrapassados com uma maior colaboração entre profissionais e famílias e a criação e implementação de um sistema de rastreio que seja divulgado junto da comunidade para que esta compreenda a sua importância. Especificamente, na área da saúde, Maia et al. (2016) tinham já identificado a necessidade de formação específica para os profissionais sobre desenvolvimento e instrumentos de rastreio e a necessidade de implementar consultas de rastreio de desenvolvimento em

idades específicas, com a utilização de instrumentos validados. Desta forma, poderia existir nos centros de saúde uma reestruturação das consultas de saúde infantil.

Os profissionais de saúde e de educação recomendariam a utilização do ASQ-PT a outros profissionais das mesmas áreas como forma de realizar uma identificação mais precoce das crianças com problemas de desenvolvimento. Ao utilizar um instrumento formal de rastreio, os profissionais de educação conseguiriam realizar uma triagem das crianças que efetivamente necessitam de encaminhamento para a IPI, ajudando a tirar dúvidas e a justificar a necessidade de intervenção em áreas de desenvolvimento específicas. Ao mesmo tempo, conseguiriam validar, através dos resultados do rastreio, as suas perceções e sentirem-se mais confiantes acerca das decisões a tomar e dos encaminhamentos a efetuar. Estas profissionais apresentam um sentimento de pertença ao seu grupo profissional, onde deve existir lugar para o trabalho de equipa e a partilha de materiais e instrumentos que contribuam para a melhoria da sua prática.

Todas as famílias recomendariam a outros pais a utilização do ASQ-PT por trazer conhecimentos acerca de desenvolvimento, por ser importante a reflexão que proporciona e porque permite aos pais perceberem as capacidades das crianças. A colaboração dos profissionais de saúde e das famílias no preenchimento dos questionários foi referida como forma de os profissionais poderem ter uma maior perceção do desenvolvimento das crianças e realizarem uma identificação precoce. A importância da colaboração dos profissionais de educação no preenchimento surgiu por estes profissionais terem um conhecimento maior acerca da criança do que os profissionais de saúde. As próprias famílias têm consciência de que quanto maior for o conhecimento dos profissionais sobre a criança, melhor será a sua perceção acerca do seu desenvolvimento.

Este programa de rastreio, numa futura utilização em Portugal, deverá ser organizado de forma a adequar-se quer às diferentes realidades quer às diferentes instituições. O carácter flexível do programa já foi considerado pelas suas autoras durante o seu desenvolvimento (Squires et al., 2009). Também deve ser prevista a criação de um plano de formação sobre ASQ para a capacitação dos profissionais e aumentar o seu sentimento de segurança em todas as etapas do rastreio, tal como o desenvolvido no estudo realizado no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (Zur, 2015). Uma alternativa poderia ser a criação de uma plataforma de apoio aos profissionais, onde pudessem partilhar dúvidas, conhecimentos e metodologias de rastreio e/ou avaliação com especialistas.

Considera-se também que deverá haver uma maior divulgação à comunidade sobre o SNIPI sobre rastreio e a sua importância e sobre o ASQ, promovendo um maior envolvimento das famílias no processo (Bricker et al., 2013; Zur, 2015). Desta forma, serviços, profissionais e pais seriam

capacitados acerca dos procedimentos necessários ao encaminhamento e à resposta que o SNIPI pode fornecer às crianças mais pequenas e às famílias, tal como o referido pela própria Comissão de Coordenação do SNIPI (Alves et al., 2018).

2. CONCLUSÃO

Trabalhar na IPI implica uma mudança de mentalidade e de abordagem, que são adquiridas durante a formação inicial, uma vez que se prevê um trabalho com os adultos e não unicamente com a criança (Boavida, Aguiar & McWilliam, 2018). Apesar de a filosofia do trabalho desenvolvido na IPI ser conhecida, de forma geral, pelos profissionais, existe a dificuldade de a aplicar na prática com as famílias e com os cuidadores. O facto de nem todos os profissionais terem formação em IPI poderá condicionar a aplicação dos seus princípios, devido à sua especificidade, às suas linhas orientadoras e à sua aplicação prática, o que pode ser sentido como um desafio por alguns profissionais. Neste sentido, a formação dos profissionais que integram as ELI é essencial para que haja uma maior compreensão quer da teoria que sustenta as práticas em IPI quer da prática com vista ao aumento do envolvimento ativo das famílias em todas as fases do processo de intervenção. Do conhecimento que temos acerca da formação dos profissionais, consideramos que há algumas áreas geográficas em que os profissionais têm acesso a alguma formação sobre IPI, que é custeada pelos próprios, e que se situa perto de grandes centros urbanos ou de universidades que englobam cursos na área da Educação Especial/Intervenção Precoce. No entanto, noutras regiões do país, verifica-se a dificuldade por parte dos profissionais de acederem a formação nesta área específica, o que poderá, em termos de prática, contribuir para uma maior disparidade no trabalho desenvolvido com as crianças, as famílias e os cuidadores.

A importância do trabalho em equipa dos profissionais que constituem as ELI ficou bem espelhado anteriormente. As ELI necessitam de estabilidade, quanto aos profissionais que as constituem, para continuarem a trabalhar no sentido de promover a coerência e a sua capacitação com a aquisição de conhecimentos específicos de outras áreas profissionais e que se revelam uma mais-valia no trabalho prático a desenvolver. Consideramos também que, o facto de as ELI não serem constituídas pelos mesmos profissionais, dificulta a intervenção pois continuam a existir lacunas em áreas específicas, sobretudo ao nível da inclusão de terapeutas, o que irá condicionar as respostas dadas às famílias e às crianças. Ao mesmo tempo, os profissionais, com os conhecimentos que vão adquirindo nas formações a que têm acesso e com o trabalho desenvolvido em equipa, vão desenvolvendo as suas práticas no sentido de ir ao encontro de uma implementação das práticas

centradas na família com um envolvimento mais ativo por parte desta. Apesar do caminho já percorrido, os profissionais continuam a demonstrar algumas dificuldades na sua concretização.

Devemos ter sempre presente que um profissional de IPI, independentemente da sua formação de base, tem de estar constantemente a ajustar-se e a adequar as suas práticas de acordo com as necessidades, prioridades e cultura de cada família (Winton & McCollum, 1997). No entanto, todas as competências e conhecimentos que os profissionais de IPI devem possuir pressupõem uma necessidade efetiva de formação direcionada para a prática com base nos modelos teóricos do desenvolvimento e da IPI. Os profissionais devem, complementarmente, ter formação sobre o trabalho de equipa que é desenvolvido na IPI para um melhor entendimento do papel de cada área profissional neste serviço e para a existência de equipas mais coesas e com mais confiança entre os seus elementos. O facto de se observarem algumas alterações na constituição das ELI com saídas e entradas de profissionais dificulta a criação de confiança entre os seus membros, uma comunicação efetiva, a capacitação dos profissionais e o trabalho de equipa na resolução de problemas (Garland & Frank, 1997).

No processo de elegibilidade, o envolvimento dos pais, no momento específico da avaliação, depende não só da decisão que tomam sobre o papel que pretendem ter, mas também das oportunidades que lhes são dadas para participar. Foi perceptível que esse envolvimento, sobretudo quando são utilizados instrumentos formais, é condicionado, de certa forma, pelos profissionais enquanto peritos em desenvolvimento e na implementação dos instrumentos. Como pode, então, ser assegurado pelos profissionais das ELI o envolvimento ativo dos pais em todo os momentos da IPI? Salienta-se, mais uma vez, a importância da formação sobre os princípios das práticas centradas na família e a sua operacionalização, por forma a ultrapassar, também, as dificuldades sentidas no envolvimento dos pais.

O facto da presença dos pais no momento da avaliação, quando esta ocorre no contexto educativo, não ser contemplada (ou permitida?) vai contra os princípios de IPI, que reforçam a importância do envolvimento dos pais em todos os momentos do processo, incluindo a avaliação. Os profissionais necessitam de promover esse envolvimento, independentemente do contexto onde ocorra a avaliação. Para além disso, o contexto educativo não pode ser limitador do envolvimento dos pais, enquanto contexto significativo da vida das crianças e para se concretizar efetivamente um aumento de confiança entre profissionais de educação e famílias.

O processo de elegibilidade para o SNIPI tem etapas bem delineadas pelas ELI, no entanto continua a apresentar como lacuna a inexistência de instrumentos de rastreio ou de avaliação

uniformes para todas as equipas. Este processo deve ser o mais homogéneo possível, a nível nacional, de modo a que todas as crianças elegíveis tenham a mesma oportunidade de serem apoiadas pela IPI, aumentando a probabilidade de serem maximizadas as suas potencialidades. A reflexão que fazemos é a seguinte: existindo diferentes formas de recolha e de acesso a informação sobre as crianças no processo de elegibilidade para o SNIPI, terão todas as crianças a mesma possibilidade de serem elegíveis? Ou a sua elegibilidade está associada aos profissionais presentes neste processo, às suas perceções sobre desenvolvimento, à sua área de formação, à sua perceção sobre a criança e a família e aos instrumentos formais e informais utilizados?

Pensamos ser indispensável a necessidade de ser definido um instrumento por referência à norma, validado para a população infantil portuguesa, que possa ser utilizado na identificação de problemas de desenvolvimento como forma de poder ser feita uma identificação mais fiável que proporcione a mesma oportunidade a todas as crianças elegíveis e suas famílias de serem encaminhadas e acompanhadas pelo SNIPI.

Apesar de estar previsto na identificação de problemas de desenvolvimento as suspeitas por parte dos educadores (Direção-Geral de Saúde, 2013), não é esse o sentimento que muito dos profissionais de educação que participaram no nosso estudo apresentam. Grande parte destes profissionais sente que as suas preocupações são desvalorizadas pelos profissionais de saúde e pelos terapeutas, o que poderá contribuir para uma identificação mais tardia dos problemas de desenvolvimento. Também junto dos profissionais de saúde, foi perceptível a dificuldade na identificação de crianças com problemas de desenvolvimento, assumindo que algumas são identificadas em momentos mais tardios. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Direção-Geral de Saúde, 2013) prevê ainda o envolvimento da família nas consultas infantil e durante o rastreio e/ou a vigilância de desenvolvimento com o levantamento de preocupações e de recolha de informação acerca da criança. No entanto, esta prática não se encontra generalizada, o que se manifesta como lacuna na identificação precoce.

Da parte dos profissionais de educação, a identificação, por vezes, ocorre de forma precoce junto dos pais, no entanto, pela necessidade de validação por parte dos profissionais de saúde, o encaminhamento é realizado de forma mais tardia. O facto de a maioria dos profissionais de educação não terem instrumentos que ajudem neste processo, terem de o fazer de acordo com as suas perceções, a sua experiência ou por comparação com outras crianças e sem recorrerem a

instrumentos formais, poderá dificultar quer a aceitação por parte dos pais quer o sentimento de segurança necessário para a realização de um encaminhamento precoce.

Verificámos, no entanto, que as famílias recorrem sobretudo aos profissionais (de saúde e de educação) para obterem conhecimento acerca de desenvolvimento e/ou quando têm preocupações com o desenvolvimento das suas crianças. As famílias demonstram, assim, confiar nos profissionais para obter informação de que necessitam sobre desenvolvimento ou para tirar dúvidas e para partilhar as suas preocupações. É perceptível a noção das famílias acerca dos profissionais que devem ter maior conhecimento sobre desenvolvimento. Por sua vez, os profissionais têm-se consciencializado acerca do papel de relevo que têm para as famílias, na área do desenvolvimento, dotando-as de informação necessária e orientando-as e/ou capacitando-as na aquisição de novos conhecimentos e estratégias que contribuam para potenciarem as oportunidades de desenvolvimento das suas crianças.

Consideramos que a existência de uma rede de rastreio aumentaria exponencialmente a deteção do número de crianças com atraso de desenvolvimento, favorecendo as suas vidas e as das suas famílias. Um rastreio de desenvolvimento, onde os pais têm um papel ativo e preenchem os questionários relativos à sua criança, do qual destacamos a utilização do ASQ-PT, permite que esta realize atividades enquanto está no seu contexto natural com pessoas e materiais familiares. Instrumentos de rastreio preenchidos pelos pais possibilitam a colaboração dos profissionais de forma pontual e apenas quando existem dificuldades de compreensão ou baixo nível de literacia (Bricker et al., 2013).

O preenchimento dos questionários ASQ-PT, pelos pais, revelou-se uma estratégia aceite pela maioria dos profissionais, apesar de, posteriormente, não apresentarem grande confiança em relação a esta dinâmica nem aos resultados do rastreio. Esta questão apresentou dados contraditórios da parte dos profissionais, sobretudo dos da área da educação, por três motivos: primeiro, consideraram que o preenchimento dos questionários deveria ser realizado de forma colaborativa com os pais, demonstrando falta de confiança nas capacidades e conhecimentos destes acerca da sua criança; referiram que a sua colaboração com os pais no preenchimento poderia influenciar as respostas e consequentemente o resultado do rastreio; manifestaram que, a maior parte dos resultados obtidos no rastreio, estava consonante com as suas perceções acerca do desenvolvimento das crianças.

A elevada taxa de retorno é um fator que revela que os pais tiveram interesse no seu preenchimento, mesmo que, de acordo com a perceção de alguns profissionais, nem todos tenham compreendido a importância do rastreio. Outro fator, que consideramos ter contribuído para o elevado número de questionários preenchidos, diz respeito ao envolvimento dos profissionais no rastreio e à

sua disponibilidade para auxiliar ou colaborar nesta tarefa. Os pais, ao preencherem sozinhos os questionários, sabiam de antemão que poderiam procurar os profissionais caso sentissem dificuldades, pelo que poderão ter sentido que lhes estava a ser dada confiança na realização desta tarefa, contribuindo para uma maior motivação. No entanto, nem todos os pais que sentiram dificuldades no preenchimento solicitaram a ajuda dos profissionais. Esta situação pode demonstrar alguma insegurança da sua parte na abordagem aos profissionais sobre questões de desenvolvimento.

As desvantagens referidas por profissionais e pais podem ser facilmente ultrapassadas através de uma maior colaboração entre famílias e profissionais e de uma adequação do processo de rastreio a cada realidade.

Os obstáculos sentidos no rastreio focaram-se no nível de literacia dos pais, o que está associado à compreensão das perguntas do questionário. Os profissionais devem ter conhecimento acerca da comunidade onde trabalham e da população. Assim, saberão de antemão quais as famílias que conseguem preencher sozinhas ao questionário e quais as que poderão necessitar de auxílio. Esta situação ficou bem explícita na forma como foi dinamizado o rastreio no CS 2, onde a maioria da população apresenta um baixo nível de literacia, e cujos profissionais determinaram *a priori* quais os pais que levariam os questionários para casa, preenchendo-os sozinhos, e quais necessitariam da sua ajuda, o que mediante consentimento das famílias, permitiria uma colaboração no preenchimento. As suas decisões ponderadas permitiram que os profissionais apresentassem maior confiança no resultado do rastreio.

Consideramos que os fatores motivação, perceptível em alguns profissionais de saúde, e trabalho de equipa foram determinantes para uma implementação célere de todo o processo de rastreio com o ASQ-PT e para o seu envolvimento. Outros profissionais desta área, apesar do interesse demonstrado, tiveram dificuldade na concretização do rastreio devido às inúmeras tarefas que têm e por se sentirem pressionados com os prazos de realização do rastreio, tendo sido sentido menos interesse da sua parte.

As profissionais de educação foram as que revelaram maior diversidade de sentimentos, o que pode ser explicado pelas suas dúvidas em relação às suas perceções sobre o desenvolvimento das crianças e pelo receio da reação dos pais. As famílias manifestaram o agrado com o seu envolvimento ativo no rastreio devido a todas as vantagens que lhes foram proporcionadas, quer ao nível da interação com a criança, com outros elementos da família e com os profissionais, quer através do conhecimento obtido sobre a sua criança e de atividades promotoras de novas competências. Para

além disso, puderam demonstrar o seu conhecimento acerca das suas crianças, o que poderá contribuir para um aumento de confiança enquanto pais.

As inúmeras vantagens da utilização do ASQ-PT foram salientadas por todos os profissionais e famílias, independentemente da sua motivação (alguns profissionais de saúde), do seu conhecimento dos questionários (profissionais da ELI Centro), do acesso a informação sobre ASQ-PT (profissionais de educação da instituição 5 e das enfermeiras do Hospital) e das dificuldades sentidas no preenchimento (algumas famílias). Associado às vantagens, frisamos o facto de todos os profissionais recomendarem a utilização do ASQ-PT a outros profissionais da mesma área, pelo que podemos concluir que houve interesse da sua parte neste rastreio e consideraram este instrumento uma mais-valia para identificar precocemente crianças com problemas de desenvolvimento. Também todas as famílias recomendariam o rastreio com o ASQ-PT a outros pais como forma de aquisição de conhecimentos acerca de desenvolvimento, e especificamente do das suas crianças, e de alargar o leque de atividades promotoras de novas competências.

As mudanças referidas pelos profissionais no sentido de melhorar o rastreio com a utilização do ASQ-PT revelam a sua reflexão sobre o processo, sobre as dificuldades sentidas e observadas e formas de as ultrapassar e sobre o seu envolvimento.

O aumento das referências para o SNIPI, nas áreas geográficas abrangidas pela realização do nosso estudo e do rastreio com o ASQ-PT, corrobora a importância da utilização de instrumentos formais na deteção de problemas de desenvolvimento e as perceções dos profissionais sobre uma identificação mais tardia. Para uma identificação precoce, será importante promover formação junto dos profissionais de saúde e de educação sobre desenvolvimento e IPI. A sua formação inicial não abrange todos os conhecimentos acerca de desenvolvimento, pelo que é essencial que os profissionais procurem ou tenham acesso a formação nestas áreas.

A utilização do ASQ-PT nas áreas da IPI, saúde e educação foi ressalvada, de uma forma geral, como medida de uniformização de instrumentos e procedimentos de rastreio e de promoção de um trabalho de articulação dos profissionais ao nível da identificação precoce.

2.1. Limitações da investigação e linhas orientadoras de estudos futuros

Ao longo dos anos em que desenvolvemos o nosso estudo, surgiram vários obstáculos que condicionaram a sua realização, no entanto, foi possível ultrapassá-los para concretizarmos os objetivos a que nos tínhamos proposto e concluir a investigação.

A nossa maior dificuldade foi a conjugação da investigação com a vida profissional, enquanto educadora de infância. Para além de termos exercido a nossa atividade profissional em diferentes áreas geográficas do país, também o fizemos em diferentes contextos: em jardim de infância e em duas ELI. A disponibilidade que tivemos para participação em congressos, simpósios, reuniões com a orientadora e sobretudo para a recolha de dados não foi a pretendida, por dificuldades ao nível da dispensa de serviço. Tivemos também períodos de desmotivação, sobretudo quando, por motivos profissionais, nos sentimos assoberbadas pelo volume de trabalho que nos era distribuído, com uma diminuição do tempo disponível e da capacidade de concentração na investigação. Pela primeira vez, na nossa vida profissional, sermos trabalhadores-estudantes foi visto como um entrave ao trabalho que desenvolvíamos. A estabilidade necessária, quer profissional quer emocional, e a motivação para desenvolver a maior parte da investigação foi encontrada na ELI onde nos encontramos a exercer funções nos últimos três anos.

Na sequência do atrás exposto, sentimos como limitação, durante o período de recolha de dados, a nossa disponibilidade para conciliar a atividade profissional com datas e horários das apresentações da investigação e do instrumento ASQ-PT e a realização das entrevistas nas diferentes áreas geográficas, o que levou à necessidade de aumentar o tempo estabelecido inicialmente para esta etapa.

Outra limitação verificou-se com a morosidade de obtenção de resposta por parte de algumas entidades/instituições e com a necessidade de autorização de Comissões de Ética de algumas dessas entidades, o que tornou o período de pedido de autorizações mais demorado do que o esperado.

Relativamente ao tempo de utilização dos questionários, apesar de ser um período que considerávamos razoável, revelou-se, em alguns contextos, sobretudo junto das ELI, diminuto, uma vez que o rastreio não foi implementado ao mesmo tempo em todos os serviços e instituições. Também por restrições do número de questionários a utilizar, e à resposta tardia por parte de algumas entidades e instituições, não foi possível haver reajuste desse número. No entanto, considerámos que o número proposto aos profissionais era plausível para poderem conhecer o seu processo de utilização e terem a perceção das vantagens e desvantagens do rastreio com o ASQ-PT.

O número de famílias definido para as entrevistas foi ao encontro das nossas expectativas, sendo possível obter resultados fundamentais sobre a utilização do ASQ-PT de acordo com a sua perspetiva. Consideramos também que outros estudos poderão ser desenvolvidos com as famílias e/ou os profissionais, dos quais salientamos:

✓ A comparação das percepções dos profissionais e das famílias num mesmo contexto (saúde, educação, ELI);

✓ A realização, nas ELI, do rastreio com o ASQ-PT num período de tempo superior, dando a possibilidade de utilização a todos os profissionais que as constituem, o que não se verificou na nossa investigação. Não podemos também esquecer que existem flutuações do número de referências recebidas ao longo do ano letivo. Com o aumento de tempo de utilização do instrumento, os profissionais conseguirão verificar o impacto da utilização do ASQ na organização da ELI e no processo de elegibilidade das crianças para o SNIPI.

✓ A falta de confiança sentida pelos profissionais, em relação ao preenchimento dos questionários ASQ-PT pelos pais, poderá ser ultrapassada desenvolvendo uma investigação focada no acordo interobservadores, semelhante ao desenvolvido por Ruivo (2011) mas em maior escala. Dar a possibilidade a profissionais e a famílias de preencherem questionários iguais para a mesma criança, permitirá ter noção das suas percepções de desenvolvimento. O momento de partilha e de diálogo, para verificar os resultados obtidos nos dois questionários, contribuirá para promover um maior conhecimento sobre a criança, a aproximação das visões dos profissionais e dos pais acerca das capacidades da criança e a criação de uma relação mais estreita entre eles.

✓ A realização de investigações da implementação do rastreio com o ASQ-PT na área da saúde (centros de saúde e pediatrias) permitiria obter informação acerca do impacto que a motivação dos profissionais pode ter na operacionalização deste sistema de rastreio.

✓ A comparação dos resultados do rastreio com diferentes instrumentos, nomeadamente o ASQ-PT e a SGS II.

2.2. Implicações para a prática

O processo de elegibilidade da criança para a IPI encontra-se delineado e apresenta objetivos bem definidos. A concretização de uma abordagem de práticas centradas na família pressupõe mudanças por parte dos profissionais para os pais serem envolvidos em todas as etapas. Desta forma será possível começar a estabelecer uma relação de confiança com partilha de responsabilidade e trabalho de colaboração entre família e profissional (Carvalho et al., 2016).

O reconhecimento do papel fundamental da família em todo o processo de IPI e a forma como os profissionais envolvem os pais demonstram a necessidade de mudanças na operacionalização das práticas centradas na família. Ao contrário do que se poderia pressupor, apesar de existir

conhecimento acerca deste modelo, os profissionais continuam a sentir dificuldades na sua implementação. Apresentam também os conhecimentos e as capacidades básicas sobre trabalho colaborativo, no entanto a sua operacionalização, através do estabelecimento de parcerias e da colaboração com os pais, vendo-os como iguais no processo de IPI, continua a não ser tão eficaz como o que seria previsto (Dunst et al., 2017). Não podemos esquecer que as famílias, quanto mais oportunidades para aplicar os seus conhecimentos e as suas capacidades e para adquirir novas competências, maior será a eficácia da intervenção. Desta forma, o desenvolvimento da criança e os padrões de interação da família terão modificações positivas mais significativas. Estas conclusões são consentâneas com uma lacuna ao nível da formação dos profissionais sobre práticas de IPI. Essa formação deverá ser desenvolvida de forma uniforme para todos os profissionais, não só para promover a aquisição de novos conhecimentos e de novas competências e atitudes, mas também para saberem como operacionalizar essas práticas. O desenvolvimento de práticas participativas é essencial no sentido de difundir a importância de um envolvimento mais ativo dos pais para aumentar a eficácia do trabalho a desenvolver com a criança e a família. A formação sobre práticas centradas na família terá impacto no desenvolvimento do trabalho das ELI, com a alteração da dinâmica e da organização para a integração dos princípios dessas práticas e com o suporte necessário à sua implementação. Mas estas modificações só ocorrerão se os profissionais mudarem o seu foco dos défices para os pontos fortes das crianças e das famílias (Serrano et al., 2017).

Salientamos também a necessidade de uniformidade das ELI quanto aos profissionais que as integram, para que as crianças e as famílias tenham acesso ao mesmo tipo de resposta, independentemente da área geográfica onde residem. O tempo de afetação dos profissionais às ELI também é uma condicionante do trabalho desenvolvido, devendo ser adequado às necessidades e às áreas geográficas. Estes dois fatores, acrescidos do aumento significativo do número de crianças referenciadas e acompanhadas pelo SNIPI, implicam, da parte da Comissão de Coordenação e dos Ministérios que asseguram nas ELI os diferentes profissionais, uma revisão da forma de afetação, do número de horas e das áreas de formação dos profissionais afetos às equipas. Não importa apenas dar resposta em termos de acompanhamento às crianças, famílias e cuidadores, mas é essencial que essa resposta seja de qualidade.

Acerca da referenciação para o SNIPI, concluímos que alguns profissionais da área da educação, desconhecem o processo e outros necessitam de ser capacitados para o fazerem de forma autónoma, sem necessidade de recorrer aos profissionais das ELI.

Com as conclusões obtidas no nosso estudo, salientou-se um conjunto de palavras, cujo impacto ao nível da IPI, da identificação precoce e da utilização do ASQ-PT, nos permitiram refletir nas implicações práticas do rastreio e do sistema ASQ, e que passaremos a identificar e explicar:

➤ **Motivação** – Quanto maior a motivação dos profissionais, mais facilmente conseguirão abordar os pais sobre o rastreio e a sua importância, bem como preparar informação sobre encaminhamento para serviços. Esta motivação ficou bem espelhada nas entrevistas dos profissionais do CS 2 e do Hospital.

Os pais sentem-se mais motivados para o preenchimento do questionário ASQ-PT quando os profissionais se envolvem no processo. Frisa-se aqui a elevada taxa de retorno de questionários e a importância sentida pelas famílias por lhes ter sido dada a oportunidade de partilharem o seu conhecimento sobre a sua criança com os profissionais.

➤ **Colaboração** – A colaboração entre profissionais e famílias foi vista como fundamental no processo de rastreio. Da parte de alguns profissionais, foi perceptível a necessidade de um maior envolvimento e participação no rastreio para aumentarem a confiança nas respostas dos pais e no resultado obtido e se sentirem mais seguros em todo o processo. Verificou-se, por parte de algumas profissionais de educação, alguma dificuldade em gerir a falta de controlo sentida durante o preenchimento dos questionários.

➤ **Confiança** – Há necessidade, da parte de muitos dos profissionais, de aumentarem o seu grau de confiança nas famílias, quando estão envolvidas questões de desenvolvimento e sobretudo quando lhes é dada a oportunidade de preencherem um questionário. O fator motivação de alguns profissionais está associado ao conhecimento destes da população com que trabalham e à sua confiança nas famílias, visível no CS 2.

As profissionais de educação foram as que demonstraram uma falta de confiança maior no processo de preenchimento do questionário pelas famílias. Talvez este sentimento surja devido a questões de insegurança ou dificuldade em delegar esta função nos pais, por perceberem que lhes compete a elas, enquanto especialistas em desenvolvimento, apresentar as capacidades e competências das crianças. Da parte de alguns dos profissionais das ELI também foi verificada a mesma situação.

As famílias demonstram confiança nos conhecimentos dos profissionais acerca de desenvolvimento. Apesar disso, este rastreio com o ASQ-PT proporcionou-lhes um aumento da confiança sentida pelos profissionais devido ao envolvimento ativo no processo. De acordo com

algumas famílias, o rastreio demonstrou a preocupação dos profissionais em valorizar as suas perceções acerca do desenvolvimento das suas crianças, enquanto pessoas que melhor as conhecem.

➤ Conhecimento/capacitação – Alguns dos profissionais de saúde e de educação frisaram que o ASQ-PT os fez refletir sobre desenvolvimento e estar mais atentos a competências ou capacidades da criança que, anteriormente, poderiam estar a passar despercebidas ou a que não era dada a devida atenção. Sentiram a possibilidade de obter informação nova sobre as crianças, de adequar as suas práticas para a capacitação das famílias sobre atividades a desenvolver em áreas de desenvolvimento específicas e de conhecer a perceção dos pais acerca das capacidades das suas crianças.

Todas as famílias adquiriram novo conhecimento sobre desenvolvimento, puderam refletir, observar e conhecer melhor as competências das suas crianças. Sentiram-se também capacitadas sobre como poderiam ajudar as suas crianças a adquirir novas competências e capacidades.

➤ Articulação – Apesar de ser conhecida a importância da articulação entre serviços e entre profissionais, continuam a verificar-se lacunas a este nível. Existe a necessidade de uma maior abertura e uma maior comunicação para ser possível a concretização de um trabalho colaborativo efetivo entre serviços.

Esta articulação contribuiria para: uma maior valorização do trabalho desenvolvido pelos profissionais de educação; uma partilha de informação acerca das competências e das dificuldades das crianças; uma identificação e um encaminhamento precoces; um maior envolvimento das famílias; e a criação ou o estreitamento de relações de confiança entre os profissionais e as famílias.

➤ Divulgação – Da parte das ELI, é importante a divulgação, para profissionais de primeira linha, de informação sobre o SNIPI, o trabalho que é desenvolvido e o processo de referênciação. Deve ser salientada a importância da identificação precoce e das vantagens que daí advêm para as crianças, para as famílias e para a sociedade.

Aos profissionais de saúde e de educação deverá competir a divulgação sobre identificação precoce rastreio de desenvolvimento para desmistificação do que são, com o intuito de promover uma maior aceitação das famílias e da sociedade sobre estes temas.

A implementação de um sistema de rastreio infantil em Portugal, organizado e realizado em diversos contextos - centros de saúde, consultas de pediatria, jardins de infância, creches, ELI - terá um efeito benéfico, podendo ser divulgado pelos pais, entre si.

➤ Formação – Deverão ser previstas formações aos diversos profissionais, nomeadamente:

• Para os profissionais das ELI, será importante que a Comissão de Coordenação do SNIPI pondere na realização de formação em diversos níveis: IPI, práticas centradas na família e equipas

transdisciplinares, para quem inicia o seu trabalho nas ELI; e, para quem já exerce funções nas ELI, o acesso a conhecimento específico sobre áreas de desenvolvimento e estratégias para o desenvolvimento de competências específicas.

- Para os profissionais de saúde e de educação, há necessidade de formação nas áreas: do desenvolvimento, como forma de adquirirem mais conhecimentos acerca dos marcos de desenvolvimento e dos sinais de alarme; da identificação precoce e IPI, assegurando a deteção de todas as crianças com problemas de desenvolvimento ou em risco e o seu encaminhamento para o SNIPI; da colaboração com as famílias, principalmente nos momentos de desmontar as suas preocupações em relação às suas crianças, na forma de as abordar e de atender às suas necessidades em momentos de crise quando são confrontadas com as dificuldades de desenvolvimento das crianças.

- Para os profissionais de educação, será também importante que tenham acesso, durante a sua formação inicial, a maiores conhecimentos sobre trabalho colaborativo e instrumentos de avaliação.

- Outros profissionais, onde podemos incluir os assistentes operacionais, os administrativos, entre outros, com formação sobre ASQ-PT, uma vez que poderão auxiliar as famílias no preenchimento do questionário, em caso de necessidade.

A identificação precoce de problemas de desenvolvimento nas crianças é essencial para uma intervenção atempada e o mais precoce possível. A não existência em Portugal de um sistema de rastreio de desenvolvimento uniformizado e que utilize instrumentos estandardizados para a população infantil portuguesa contribui, muitas vezes, para a deteção tardia dos problemas das crianças, muitas vezes acontecendo no contexto escolar. As vantagens, a longo prazo, de uma identificação precoce para as crianças, famílias e comunidades foram abordadas anteriormente e trazem ganhos significativos. A implementação de sistemas de prevenção de desenvolvimento não é considerada prioridade, sendo notória na falta de afetação de recursos, na falta de conhecimento e de aceitação da importância da identificação precoce e na inexistência de divulgação acerca da deteção precoce e dos recursos da comunidade para onde as crianças podem ser encaminhadas.

A organização de um sistema de rastreio, com a utilização de um instrumento com qualidades psicométricas, que esteja adaptado à população infantil portuguesa e que envolva os profissionais de saúde, de educação e de IPI é essencial para que sejamos mais eficazes na identificação atempada de crianças com dificuldades de desenvolvimento e em risco. Desta forma, será possível diminuir a idade da sua deteção e encaminhamento para a IPI, apoiando estas crianças, e suas famílias, em idades que constituem, de acordo com a investigação em neurociência, um *timing* ótimo para podermos moldar

positivamente trajetórias de desenvolvimento que, devido a fatores de risco estabelecida, biológico ou ambiental, limitam o desenvolvimento da criança.

Os serviços de IPI, na Sérvia, adotaram recentemente o ASQ-3 para o rastreio de desenvolvimento. Para a implementação do sistema ASQ, foi dada formação específica aos profissionais de IPI e de saúde para a utilização deste instrumento no rastreio.

Consideramos o ASQ-PT um instrumento que pode ser adotado pelo SNIPI, através dos seus Ministérios, nomeadamente a Saúde que tem um papel preponderante e a Educação, alargando a utilização do instrumento a outras áreas além das ELI. Permitirá, assim, que a sua utilização, por profissionais de saúde e de educação, contribua para a implementação e uniformização a nível nacional de uma rede de rastreio, com vista a uma deteção precoce de todas as crianças, assegurando, ao mesmo tempo, uma maior articulação entre serviços.

Este instrumento apresenta também as qualidades necessárias para ser adotado pelo SNIPI, permitindo facilitar o rastreio de desenvolvimento, o processo de elegibilidade, bem como a monitorização de crianças que ficam em vigilância nas ELI, garantindo, ao mesmo tempo, um maior envolvimento dos pais em todo o processo de IPI, bem como a sua capacitação. Contribuirá ainda para a uniformização de instrumentos utilizados no processo de elegibilidade, assegurando para todas as crianças a mesma oportunidade de acesso ao serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdoola, S. (2015). Translating tools for better parent-based assessment: An exploratory study. *South African Journal of Communication Disorders*, 62 (1), 1-12. <http://doi.org/10.4102/sajcd.v62i1.73>
- Acar, S., Hansen, S., Dolata, J., & Chen, C. (2014). An overview of developmental screening: implications for practice. *Baskent University Journal of Education*, 1 (1), 9-18.
- Afonso, C.S.C. (2014). *Rastreo do desenvolvimento psicomotor – Influência dos fatores de risco e contributo da Psicomotricidade*. Tese de doutoramento não publicada. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal.
- Almeida, I.C. (2009). A intervenção precoce como exemplo paradigmático de uma actualização e questionamento constantes. In G. Portugal (Org.), *Ideias, projectos e inovação no mundo das infâncias: O percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 29-42). Aveiro: Universidade.
- American Academy of Pediatrics (2001). Committee on Children with Disabilities. Policy statement: Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics*, 108, 192-196. <http://doi.org/10.1542/peds.108.1.192>
- American Academy of Pediatrics (2006). Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: An algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics*, 118, 405–420. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-1231>
- Alves, A.P., Monteiro, I., Silva, P., & Santos, P. (2018). *Relatório de atividade – Avaliação do funcionamento do SNIPI- 2017*. Comissão de Coordenação do SNIPI.
- Bagnato, J.S. (2007). *Authentic assessment for early childhood intervention: best practices*. New York: The Guilford Press.
- Bailey Jr., D.B., & Nabors, L.A. (1996). Tests and test development. In M. McLean, D. B. Bailey, & M. Wolery, *Assessing infants and preschoolers with special needs* (pp. 23-45). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Bailey, D.B., & Wolery, M. (1992). *Teaching infants and preschoolers with disabilities*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, Inc.
- Bairrão, J. (2006). Intervenção Precoce – Mayday, Mayday. *Jornal de Letras*, 22, 22 Novembro – 5 Dezembro.
- Bairrão, J. (2007). *Parecer sobre o Despacho 891/99 e a Intervenção Precoce em Portugal*. ANIP.

- Bairrão, J., & Almeida, I.C. (2003). Questões actuais em intervenção precoce. *Psicologia*, 17 (1), 15-29. <http://dx.doi.org/10.17575/rpsicol.v17i1.436>
- Barbeiro, S. (2011). *Avaliação das etapas do desenvolvimento psicomotor dos 0 aos 24 meses segundo o teste de Haizea-Llevant: Demonstração por vídeo*. Tese de mestrado não publicada. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.
- Barnett, S., Ayers, S., & Francis, J. (2014). *Comprehensive measures of child outcomes in early years: Report to the OECD*. Retrieved from <http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=EDU/EDPC/ECEC%282014%2911/REV1&docLanguage=En>
- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (2003). *Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil: Dos 0 aos 5 anos*. Lisboa: Centro de Estudos de Gestão e Organização Científica-Técnicos Especialistas Associados.
- Boavida, J. (1995). Um processo transdisciplinar e inter-serviços. Intervenção precoce no distrito de Coimbra. In Projecto Integrado de Intervenção Precoce do Distrito de Coimbra, *A família na intervenção precoce. Da filosofia à acção...* (pp. 13-24). Coimbra: Ediliber Gráfica.
- Boavida, T., Aguiar, C., & McWilliam, R.A. (2018). A intervenção precoce na infância e os contextos de educação de infância. In M. Fuertes, C. Nunes, D. Lilo, & T. Almeida (Coords.), *Teoria, práticas e investigação em intervenção precoce* (pp. 5-26). Lisboa: Centro Interdisciplinar de Estudos Educacionais.
- Boavida, J., Carvalho, L., & Espe-Sherwindt, M. (2009). Early childhood intervention in Portugal: Interplay of family centered, community based and interdisciplinary factors. In B. Carpenter, J. Scoessler, & J. Egerton, *European Developments in Early Childhood Intervention*. Eurlayid Publication.
- Brassard, M.R., & Boehm, A.E. (2007). *Preschool assessment: Principles and practices*. New York: Guilford Press.
- Brantlinger, E., Jimenez, R., Klingner, J., Pugach, M., & Richardson, V. (2005). Qualitative studies in special education. *Except Children*, 71(2), 191-207. <http://doi.org/10.1177/001440290507100205>
- Bricker, D. (1996). Assessment for IFSP development and intervention planning. In S. J. Meisels, & E. Fenichel (Eds), *New visions for the developmental assessment of infants and young children* (pp. 169-192). Washington, DC: Zero to Three: The National Center for Infants, Toddlers, and Families.

- Bricker, D., Allen, D., Clifford, J., Pretti-Frontczak, K., Slentz, K., & Squires, J. (2008). The relationship between the Ages & Stages Questionnaires (ASQ) and the Assessment, Evaluation, and Programming System for infants and children (AEPS). *Early Intervention Management and Research Group*, (EMRG White Paper n°1). Eugene, OR: Early Intervention Management and Research Group (EMRG). Retrieved from http://aepslinkedssystem.com/pdf/White_Paper_%20Relationship_Between_ASQ_and_AEPS_Final_1108.pdf
- Bricker, D., Squires, J., & Potter, L. (1997). Revision of a parent-completed development screening tool: Ages and Stages Questionnaires. *Journal of Pediatric Psychology*, *22*, 313-328. <http://doi.org/10.1093/jpepsy/22.3.313>
- Bricker, D., Macy, M., Squires, J., & Marks, K. (2013). *Developmental screening in your community: an integrated approach for connecting children with services*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing, Co.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. In P. Moen, G. H. Elder, Jr., & K. Lüscher (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (pp. 619-647). Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10176-018>
- Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. São Paulo: Artmed.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human*. 1st ed. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. Em W. Damon, & R. M. Lerner (Orgs.), *Handbook of child psychology. Theoretical models of human development* (Vol. 1, 5ª Ed, pp. 993-1028). New York: John Wiley.
- Cardona, M.J. (2017). Planear e avaliar na educação pré-escolar: a realidade portuguesa das últimas décadas. *Revista Linhas*, *18*(38), 143-159. <http://dx.doi.org/10.5965/1984723818382017143>
- Carpenter, B.; Schloesser, J.; & Egerton, J. (2009). *Early developments in early childhood intervention*. Eurlayid – the European Association on Early Intervention. Retrieved from https://www.eurlayid.eu/wp-content/uploads/2016/05/eaiei_eci_development_eng.pdf

- Carvalho, L., Almeida, I.C., Felgueiras, I., Leitão, S., Boavida, J., Santos, P.C., ... & Franco, V. (2016). *Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância: Um guia para profissionais* (1ª Ed.). Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce.
- Castelo, T.M., & Fernandes, B. (2009). Sinais de alarme em desenvolvimento. *Saúde Infantil*, 31 (1), 12-17.
- Castilho, A., & Rodrigues, P. (2012). Práticas de avaliação em educação de infância: Evidências de uma investigação naturalista em três jardins de infância diferentes. In M. J. Cardona, & C. M. Guimarães, *Avaliação na Educação de Infância* (pp. 78-96). Viseu: Psicossoma.
- Castro, S., & Gomes, I. (2000). *Dificuldades de aprendizagem da língua materna*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Center on the Developing Child at Harvard University (2007a). *The science of early childhood development* (InBrief). Retrieved from <http://www.developingchild.harvard.edu>.
- Center on the Developing Child at Harvard University (2007b). *The impact of early adversity on child development* (InBrief). Retrieved from <http://www.developingchild.harvard.edu>.
- Center on the Developing Child at Harvard University (2015). *The science of resilience* (InBrief). Retrieved from <http://www.developingchild.harvard.edu>.
- Center on the Developing Child at Harvard University (2016). *8 things to remember about child development*. Retrieved from <http://www.developingchild.harvard.edu>.
- Center on the Developing Child at Harvard University (2017). *Three principles to improve outcomes for children and families*. Retrieved from <http://www.developingchild.harvard.edu>.
- Christenson, S.L. (2004). The family-school partnership: An opportunity to promote the learning competence of all students. *School Psychology Review*, 33(1), 83-104.
- Cole, M., & Cole, S.R. (1996). *The development of children* (3ª Ed.). Nova Iorque: W. H. Freeman and Company.
- Comissão de Coordenação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce (s/d). *Relatório de atividades 2015 e 2016*. Comissão de Coordenação do SNIPI.
- Couchenour, D. & Chrisman, K. (2000). *Families, schools and communities: Together for young children*. Albany: Thomson Learning.
- Couperus, J.W., & Nelson, C.A. (2008). Early brain development and plasticity. In K. MacCartney, & D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 85-105). Oxford: Blackwell Publishing, Ltd.

- Crais, E.R. (2003). Aplicar princípios centrados na família à avaliação da criança. In P.J. McWilliam; P.J. Winton & E.R. Crais, *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família* (pp.81-109). Porto: Porto Editora.
- Deater-Deckard, K., & Cahill, K. (2008). Nature and nurture in early childhood. In K. MacCartney, & D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 3-21). Oxford: Blackwell Publishing, Ltd.
- Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro (2009). *Diário Da República – 1.ª Série*, nº 193, 7298–7301.
- Della Barba P., Rizzo I., & Serrano A.M. (2015). Ages and Stages Questionnaires, um sistema facilitador do envolvimento parental e do conhecimento do desenvolvimento infantil. *Revista Portuguesa de Terapia da Fala*, 4, 23-29. <http://dx.doi.org/10.21281/rptf.2015.04.04>
- Della Barba, P.C.S., Mazak, M.S.R., Miyamoto, E.E., & Ramos, M.M.A. (2018). O Ages and Stages Questionnaires (ASQ-BR) e ações colaborativas entre pais e educadores. *Temas em Educação e Saúde*, 14(1), 31-40. <https://doi.org/10.26673/rtes.v14.n1.2018.10581>
- Dempsey, I, & Keen, D. (2017). Desirable outcomes associated with family-centred practices for young children with a disability. In H. Sukkar, C. J. Dunst, & J. Kirkby (Eds.), *Early childhood intervention: working with families of young children with special needs* (pp. 59-71). London: Routledge.
- Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Despacho conjunto nº 899/99, de 19 de outubro (1999). *Diário da República – II Série*, nº 244, 15566-15568.
- Dinis, M.I.S. (2016). *Referenciação de crianças com problemas de comunicação e linguagem a partir dos cuidados de saúde primários*. Tese de Mestrado não publicada. Universidade Fernando Pessoa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>.
- Division for Early Childhood (2007). *Promoting positive outcomes for children with disabilities: Recommendations for curriculum, assessment, and program evaluation*. Missoula, MT: Division for Early Childhood.

- Division for Early Childhood. (2014). *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education 2014*. Retrieved from <http://www.dec-sped.org/recommendedpractices>.
- Doan-Sampon, M.A., Wollenburg, K., & Campbell, A. (2000). *Crescer: Do nascimento aos três anos*. Coimbra: Projecto Integrado de Intervenção Precoce.
- Dunkle, M., & Vismara, L. (2004). Developmental checkups: They're good, they're cheap and they're almost never done. What is wrong with this picture? *Exceptional Parent*, 34, 160-161.
- Dunst, C.J. (1995). *Factores de risco e oportunidade com influência no comportamento e desenvolvimento da criança e do agregado familiar*. Comunicação apresentada no 4º Encontro sobre Intervenção Precoce, Coimbra.
- Dunst, C.J. (2000a). Corresponsabilização e práticas de ajuda que se revelam eficazes no trabalho com famílias. In A. Serrano, & L.M. Correia (Org.), *Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (pp. 123-141). Porto: Porto Editora.
- Dunst, C.J. (2000b). Revisiting “rethinking early intervention”. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20, 95-104. <https://doi.org/10.1177/027112140002000205>
- Dunst, C.J. (2017). Family systems early childhood intervention. In H. Sukkar, C. J. Dunst, & J. Kirkby (Eds.), *Early Childhood Intervention: Working with families of young children with special needs* (pp. 36-58). London: Routledge.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M., & Hamby, D.W. (2007). Meta-analysis of family-centered helpgiving practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13 (4), 370-378.
- Dunst, C.J., Sukkar, H., & Kirkby, J. (2017). Contributions of family systems and family-centred practices for informing improvements in early childhood intervention. In H. Sukkar, C. J. Dunst, & J. Kirkby (Eds.), *Early childhood intervention: Working with families of young children with special needs* (239-256). London: Routledge.
- Dworkin, P.H. (1989). Developmental screening – Expecting the impossible? *Pediatrics*, 83(4), 619-622.
- Dworkin, P.H. (1992). Developmental screening: (Still) expecting the impossible? *Pediatrics*, 89(6), 1253-1255.
- Ertrem, I.O. (2012). *Developmental difficulties in early childhood: Early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries: A review*. Geneva: World Health Organization.

- Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: Collaboration, competency and evidence. *Support for Learning*, 23(3), 136-143. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9604.2008.00384.x>
- Eurlayid (1993). *Assessment within the context of early intervention to children at risk and with disorders and to their families: Manifesto of the Eurlayid working party*. Retrieved from https://www.eurlayid.eu/wp-content/uploads/2016/05/aeai_assessment_eng.pdf.
- Fioravanco, M.M. (2014). *Os docentes nas equipas de intervenção precoce no distrito de Portalegre*. Tese de mestrado não publicada. Escola Superior de Educação de Portalegre, Portugal.
- Fioravanti-Bastos, A.C.M., Filgueiras, A., & Moura, M.L.S. (2016). Avaliação do Age and Stages Questionnaire-Brasil por profissionais de educação infantil. *Estudos de Psicologia*, 33(2), 293-201. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752016000200011>
- Fleming, J.L., Sawyer, L.B., & Campbell, P.H. (2011). Early intervention providers' perspectives about implementing participation-based practices. *Topics in Early Childhood Special Education*, 30(4), 233-244. <http://doi.org/10.1177/0271121410371986>
- Fontana, A., & Frey, J. (1994). Interviewing: The art of science. In N. K. Denzin, Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp.361-376). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*, Curitiba, 11(1), 113-121. doi: 10.5380/psi.v11i1.6452
- Gallagher, R.J., La Montagne, M.J., & Johnson, L.J. (2000). Intervenção precoce: Um desafio à colaboração. In A. Serrano & L.M. Correia (Org.), *Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (pp. 65-76). Porto: Porto Editora.
- Garland, C.W., & Frank, A. (1997). Building effective early intervention teamwork. In P. M. Winton, J. A. McCollum, & C. Catlett, *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practical strategies* (pp. 363-392). Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.
- Gelman, S.A. (2008). Early conceptual development. In K. MacCartney, & D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 147-166). Oxford, Blackwell Publishing, Ltd.
- Germano, C.M.G. (2011). *Processos de identificação e sinalização de crianças com problemas na linguagem oral pelos educadores de infância*. Tese de mestrado não publicada. Escola Superior de Educação de Lisboa, Portugal.
- Glascoe, F.P. (2000). Evidence-based approach to developmental and behavioral surveillance using parents' concerns. *Child Care Health Development*, 26(2), 137-149. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2214.2000.00173.x>

- Glascoe, F.P. (2003). Parents' evaluation of developmental status: How well do parents' concerns identify children with behavioral and emotional problems? *Clinical Pediatrics*, 42(2), 1253-1255. <https://doi.org/10.1177/000992280304200206>.
- Glascoe, F.P. (2005). Screening for developmental and behavioral problems. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11(3), 173-179. <http://doi.org/10.1002/mrdd.20068>
- Graça, I.R.P. (2015). *A deteção de crianças para a intervenção precoce na creche: Barreiras percecionadas pelos educadores de infância*. Tese de mestrado não publicada. Universidade Fernando Pessoa, Portugal.
- Graça, P. (2013). *Aferição para a população portuguesa da Escala de Desenvolvimento: Ages & Stages Questionnaires (ASQ3) dos 30 aos 60 meses*. Tese de doutoramento não publicada. Universidade do Minho, Portugal.
- Greenspan S.I., & Meisels S.J. (1996). Toward a new vision for the developmental assessment of infants and young children. In S. J. Meisels, & E. Fenichel (Eds.), *New visions for the developmental assessment of infants and young children* (pp. 11–26). Washington, DC: Zero to Three: The National Center for Infants, Toddlers, and Families.
- Guralnick, M.J. (1997). *The effectiveness of early intervention*. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.
- Guralnick, M.J. (2001). A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children*, vol. 14, n° 2, 1-18. <http://doi.org/10.1097/00001163-200114020-00004>
- Guralnick, M.J. (2011). Why early intervention works. A systems perspective. *Infants and Young Children*, 24(1), 6-28. <http://doi.org/10.1097/YC.0b013e2182002cfe>
- Guralnick, M.J. (2017). Early intervention for young children with developmental delays. In H. Sukkar, C. J. Dunst, & J. Kirkby (Eds.), *Early childhood intervention: Working with families of young children with special needs* (pp. 17-35). London: Routledge.
- Guralnick, M.J. (2019). *Effective early intervention: The developmental systems approach*. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.
- Hancock, B. (1998). *Trent focus for research and development in primary health care: An introduction to qualitative research*. Trent Focus. Retrieved from http://faculty.cbu.ca/pmacintyre/course_pages/mba603/mba603_files/introqualitativeresearch.pdf

- Hanson, M.J.. & Lynch, E.W. (1995). *Early intervention: implementing child and family services for infants and toddlers who are at risk or disabled* 2ª Ed.). Austin, TX: PRO-ED, Inc.
- Hix-Small, H., Marks, K., Squires, J., & Nickel, R. (2007). Impact of implementing developmental screening at 12 and 24 months in a pediatric practice. *Pediatrics*, 120(2), 381-389. <http://doi.org/10-1542/peds.2006-3583>
- Holstein, J.A., & Gubrium, J.F. (1995). *Qualitative research methods. The active interview* (vol. 37). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Instituto de Segurança Social (2010). *Creche – manual de processos-chave* (2ª Ed.). Lisboa: Instituto de Segurança Social.
- Kim, E.Y., & Sung, I.K. (2007). The Ages and Stages Questionnaire: Screening for developmental delay in the setting of a pediatric outpatient clinic. *Korean Journal of Pediatrics*, 50(11), 1061-1066.
- Kvestad, I., Taneja, S., Kumar, T., Bhandari, N., Strand, T. A, & Hysing, M. (2013). The assessment of developmental status using the Ages and Stages questionnaire-3 in nutritional research in north Indian Young children. *Nutrition Journal*, 12(50). <http://doi.org/10.1186/1475-2891-12-50>
- Laranjeira, R.A.S.R. (2012). *A deteção de crianças elegíveis para a Intervenção Precoce: Promoção de competências de educadores de infância e ajudantes de ação educativa em contexto de creche*. Tese de mestrado não publicada. Escola Superior de Educação de Coimbra, Portugal.
- Levine, L. E., & Munsch, J. (2011). *Child development: An active learning approach* (2ª Ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Lei nº 5/97, de 10 de fevereiro (1997). Lei-Quadro da Educação Pré-Escolar. *Diário da República I Série – A*, n.º 34, 670-673.
- Lopes, I. (2005). *Intervenção precoce. Intervir para prevenir: Efeitos de um programa de formação parental em jovens mães*. Tese de mestrado não publicada. Universidade Técnica de Lisboa, Portugal.
- Lopes, J.F.A. (2012). *Perturbações da comunicação: Necessidades e estratégias dos educadores*. Tese de mestrado não publicada. Universidade de Aveiro, Portugal.
- Lopes, S. (2013). *Aferição para a população portuguesa da Escala de Desenvolvimento: Ages & Stages Questionnaires (ASQ3) dos 2 aos 12 meses*. Tese de doutoramento não publicada. Universidade do Minho, Portugal.
- Lopes, S., Graça, P., Teixeira, S., Serrano, A.M., & Squires, J. (2015). Psychometric properties and validation of Portuguese version of Ages & Stages Questionnaires (3rd edition): 9, 18 and 30

- Questionnaires. *Early Human Development*, 91, 527–533. <http://doi.org/10.1016/j.eralhumdev.2015.06.006>.
- Lourenço, N.S.Q. (2018). *Intervenção precoce na infância: Atuação profissional dos Educadores de Infância sobre os riscos do desenvolvimento infantil*. Tese de mestrado não publicada. Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, Portugal.
- Maia, A.R., Fernandes, J., Leite, M.F., Santos, H., & Pereira, S.A. (2016). Avaliação do desenvolvimento psicomotor pelos médicos de família: Estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32, 248-256. <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v32i4.11825>
- Martinez, A.P. (2007). *O papel da educação especial nas creches: Da prevenção à estimulação com atividades de livre escolha*. Retirado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0346.pdf>.
- Martins, T.I.R. (2017). *Discrepância entre práticas típicas e ideais em Intervenção Precoce na Infância: Perceção dos profissionais das equipas locais de intervenção em Portugal*. Tese de mestrado não publicada. Escola de Ciências Sociais e Humanas, Portugal.
- Masten, A.S., & Gewirtz, A.H. (2008). Vulnerability and resilience in early child development. In K. McCartney, & D. Phillips (Eds.), *Blackwell Handbook of Early Childhood Development* (pp. 22-43). Oxford, Blackwell Publishing, Ltd.
- Máximo-Esteves, L. (2008). *Visão Panorâmica da Investigação-Ação*. Porto: Porto Editora.
- McAfee, O., & Leong, D. (1997). *Assessing and guiding young children's development and learning* (2^a Ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- McBride, S.L., & Brotherson, M.J. (1997). Guiding practitioners toward valuing and implementing family-centered practices. In P. M. Winton, J. A. McCollum, & C. Catlett, *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practical strategies* (pp. 253-276). Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.
- McGivney, V. (2000). *Recovering outreach: Concepts, issues and practices*. Leicester: National Institute of Adult Continuing Education.
- McKnight, S. (2014). Implementing the Ages and Stages questionnaire in health visiting practice. *Community Practitioner*, 87(11), 28-32.
- McLean, M., & Crais, E.R. (1996). Procedural considerations in assessing infants and preschoolers with disabilities. In M. McLean, D. B. Bailey Jr., & M. Wolery, *Assessing infants and preschoolers with special needs* (pp. 46-68). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, Inc.

- McWilliam, P. J. (2003). Primeiros encontros com as famílias. In P.J. McWilliam., P.J. Winton, & E.R. Crais, *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família* (pp.23-38). Porto: Porto Editora.
- McWilliam, R.A. (2012). Avaliar as necessidades das famílias através de uma entrevista baseada nas rotinas. In R. A. McWilliam, *Trabalhar com as famílias de crianças com necessidades especiais* (pp. 39-72). Porto: Porto Editora.
- Meisels, S.J. (1989). Can Developmental Screening Tests Identify Children Who Are Developmentally at Risk? *Pediatrics*, 83(4), 578-585.
- Meisels, S.J., & Atkins-Burnett, S. (1999). Assessing intellectual and affective development before age three: A perspective on changing practices. *Food and Nutrition Bulletin*, 20(1), 23-33.
- Meisels, S.J., & Atkins-Burnett, S. (2008). Evaluating early childhood assessments. In K. MacCartney, & D. Phillips, *Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 533-549). Oxford: Blackwell Publishing, Ltd.
- Meisels, S.J., & Shonkoff, J.P. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. In J.P. Shonkoff, & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2ª Ed., pp. 3-31). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mendes, A., & Cardona, M.J. (2012). Exemplos de práticas de avaliação de educadoras de infância portuguesas. In M. J. Cardona, & C. M. Guimarães, *Avaliação na educação de infância* (pp. 268-282). Viseu: Psicosoma.
- Mendes, P., & Seixas, S.R. (2016). Referenciação numa ELI: Estudo de caso. *Interações*, 41(12), 28-50. <http://doi.org/10.25755/int.10834>
- Merriam, S.B. (2009). *Qualitative research: A guide to design and implementation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Morelli, D. L., Pati, S., Butler, A., Blum, N. J., Gerdes, M., Pinto-Martin, J., & Guevara, J. P. (2014). Challenges to implementation of developmental screening in urban primary care: A mixed methods study. *Bmc Pediatrics*, 14(16), 1-11. <http://doi.org/10.1186/1471-2431-14-16>.
- Nelson, C.A. (2000). The neurobiological bases of early intervention. In J.P. Shonkoff, & S.J. Meisels (Eds), *Handbook of early childhood intervention* (2ª Ed., 204-228). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Oliveira, G. (2017). Neurodesenvolvimento e comportamento. In G. Oliveira, & J. Saraiva (Coord.), *Lições de Pediatria* (vol. 1, pp. 212-232). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2000). *Estudo temático da OCDE: A educação pré-escolar e os cuidados para a infância em Portugal*. Lisboa: Departamento da Educação Básica, Ministério da Educação.
- Papalia, D.E., Olds, S.W., & Feldman, R.D. (2001). *O Mundo da Criança*. Amadora: McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Papalia, D.E., Olds, S.W., & Feldman, R.D. (2006). *O Desenvolvimento Humano* (8ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Pereira, A., & Serrano, A. (2010). Intervenção Precoce em Portugal: Evidências e Consequências. *Inclusão, 10*, 101-120.
- Pessanha, M., Cadima, J., Nunes, C., Novais, I., & Alves, M.J. (2009). Risco sociocultural e intervenção na comunidade. In G. Portugal (Org.), *Ideias, projectos e inovação no mundo das infâncias: o percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 77-91). Aveiro: Universidade.
- Peterson, N.L. (1988). *Early intervention for handicapped and at-risk children: An introduction to Early Childhood-Special Education*. Denver: Love Publishing Company.
- Pimentel, J.S. (2009). Uma intervenção precoce com base científica: Percurso na D.S.O.I.P. com Joaquim Bairrão. In G. Portugal (Org.), *Ideias, projectos e inovação no mundo das infâncias: o percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 21-28). Aveiro: Universidade.
- Pinto, A.I., Grande, C., Novais, I., Rosário, H., & Barbieri, M. (2009). Intervenção precoce: uma abordagem dimensional do desenvolvimento humano. In G. Portugal (Org.), *Ideias, projectos e inovação no mundo das infâncias: O percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 47-62). Aveiro: Universidade.
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 25*, 677-687. <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10694>
- Pinto-Martin, J.A., Dunkle, M., Earls, M., Fliedner, D., & Landes, C. (2005). Developmental Stages of Developmental Screening: Steps to Implementation of a Successful Program. *American Journal of Public Health, 95*(11), 1928-1932. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2004.052167>.
- Pizur-Barnekow, K., Erickson, S., Johnston, M., Bass, T., Lucinski, L., & Bleuel, D. Early identification of developmental delays through surveillance, screening and diagnostic evaluation. *Infants & Young Children, 23*(4), 323-330.
- Portugal, G. (2009). Contextos de desenvolvimento e aprendizagem na infância. In G. Portugal (Org.), *Ideias, projectos e inovação no mundo das infâncias: O percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 275-284). Aveiro: Universidade.

- Resolução da Assembleia da República nº 56/2009 de 30 de julho (2009). *Diário da República, Série I*, nº 146, 4906-4929.
- Ruivo, J.M.V.S. (2011). *Rastreamento de desenvolvimento dos 48 aos 60 meses realizado pelos pais com o Ages & Stages Questionnaires 3ª Edição (ASQ)*. Trabalho de licenciatura não publicado. Universidade Fernando Pessoa, Portugal.
- Saihong, P. (2009). *Evaluating reliability and use of the Ages and Stages Questionnaire: Thai in Northeast Thai early child care settings*. Tese de doutoramento não publicada. University of Oregon, Estados Unidos da América.
- Sameroff, A. (2009). Designs for transactional research. In A. Sameroff (Ed.), *The transactional model of development: How children and contexts shape each other* (pp. 23-32). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sameroff, A. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development, 81*(1), 6-22. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x>.
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, & G. Siegel (Eds.), *Review of child development research* (Vol. 4, pp. 187-243). Chicago: University of Chicago Press.
- Sameroff, A.J., & Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J. P. Shonkoff, & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2ª Ed., pp. 135-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sampieri, R.H., Collado, C.F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodología de la investigación* (4th Edition). Santa Fé: McGraw-Hill.
- Santos, P.C. (2009). *Empowerment colectivo e corresponsabilização: Palavras-chave em intervenção precoce*. In G. Portugal (Org.), *Ideias, projectos e inovação no mundo das infâncias: O percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 117-125). Aveiro: Universidade.
- Serrano, A. (2007). *Redes sociais de apoio e sua relevância para a intervenção precoce*. Porto: Porto Editora.
- Serrano, A.M., & Boavida, J. (2011). Early childhood intervention: The Portuguese pathway towards inclusion. *Revista Educación Inclusiva, 4*(1), 123-138.
- Serrano, A.M., Mas, J.M., Cañadas, M., & Giné, C. (2017). Family intervention practices. In H. Sukkar, C. J. Dunst, & J. Kirkby (Eds.), *Early childhood intervention: Working with families of young children with special needs* (pp. 177-196). London: Routledge.

- Sheridan, M.D. (1994). *From birth to five years – Children’s developmental progress*. London: Routledge.
- Sheridan, M.D., Sharma, A., & Cockerill, H. (2008). *From birth to five years – Children’s developmental progress* (3^a Ed.). London: Routledge.
- Shonkoff, J.P., & Marshall, P.C. (2000). The biology of developmental vulnerability. In J. P. Shonkoff, & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2^a Ed., pp. 35-53). Cambridge: Cambridge University Press.
- Shonkoff, J.P., & Meisels, S.J. (Eds.) (2000). *Handbook of early childhood intervention* (2^a Ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Shonkoff, J.P., & Philips, (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Sikkila, S. L. (2018). Improving office workflow to increase developmental screening using the Ages and Stages Questionnaire (ASQ-3) in a primary care setting. *Doctoral Projects*. 50. Retrieved from http://scholarworks.gvsu.edu/kcon_doctoralprojects/50
- Simões, L.C.T. (2018). *Intervenção precoce na infância – Desafios para os profissionais*. Tese de mestrado não publicada. Universidade de Coimbra, Portugal.
- Silva, I.L. (2012). Problemas e dilemas da avaliação em educação de infância. In M. J. Cardona, & C. M. Guimarães, *Avaliação na educação de infância* (pp. 151-170). Viseu: Psicosoma.
- Silva, I.L., Marques, L., Mata, L., & Mota, M. (2016). *Orientações curriculares para a educação pré-escolar*. Lisboa: Ministério da Educação/Direção-Geral da Educação.
- Simeonsson, R.J. (1994). *Risk, resilience & prevention: Promoting the well-being of all children*. Baltimore: P.H. Brookes.
- Simeonsson, R. J. (2009). Promoting children’s early development the legacy of Joaquim Bairrão. In G. Portugal (org). *Ideias, Projectos e inovação no mundo das infâncias: O percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp.105-114). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Simeonsson, R. J., & Bailey, D. B., Jr. (1990). Family dimensions in early intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 428-444). New York, NY: Cambridge University Press.
- Squires, J. (1996). Parent-completed developmental questionnaires: A low-cost strategy for child-find and screening. *Infants and Young Children*, 9, 16-28.
- Squires, J., Twombly, E., Bricker, D., & Potter, L. (2009). *ASQ-3 User’s Guide*. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co.

- Sonnander, K. (2000). Early identification of children with development disabilities. *Acta Paediatrica*, 89, 17-23. <http://doi.org/10.1111/j.1651.2000.tb03091.x>
- Stake, R.E. (2003). Case Studies. In N. K. Denzin, & Y. Lincoln (eds.), *Strategies of Qualitative Inquiry* (2^a Ed.). London: Sage.
- Teixeira, S. (2013). *Aferição para a população portuguesa da Escala de Desenvolvimento: Ages & Stages Questionnaires (ASQ3) dos 14 aos 27 meses*. Tese de doutoramento não publicada. Universidade do Minho, Portugal.
- Thomas, S.A., Cotton, W., Pan, X., & Ratliff-Schaub, K. (2012). Comparison of systematic developmental surveillance with standardized developmental screening in primary care. *Clinical Pediatrics*, 5(2), 154-159. <http://doi.org/10.1177/0009922811420711>.
- Troude, P., Squires, J., L´Hélias, L.F., Bouyer, J., & La Rochebrochard, E. (2011). Ages and stages questionnaires: Feasibility of postal surveys for child follow-up. *Early Human Development*, 87, 671-676. <http://doi.org/10-1016/j.eralhumdev.2011.05.007>.
- Twombly, E., & Fink, G. (2013). *ASQ-3 Actividades de aprendizaje, ASQ-3 learning activities in Spanish*. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.
- UNICEF (2004), *A Convenção sobre os Direitos da Criança*, UNICEF. Consultado a 07.05.2018, em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca_2004.pdf.
- Werner, E.E. (2000). Protective factors and individual resilience. In J. P. Shonkoff, & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2^a Ed., pp. 115-132). Cambridge: Cambridge University Press.
- Winton, P.J., & McCollum, J.A. (1997). Ecological perspectives on personnel preparation: rationale, framework and guidelines for change. In P. J. Winton, J. A. McCollum, & C. Catlett, *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practical strategies* (pp.3-25). Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.
- Wolfendale, S. (1999). Parents as key determinants in planning and delivering parenting education and support programmes: An inclusive ideology. In S. Wolfendale, & H. Einzig (Eds.), *Parenting education and support: New opportunities* (pp. 48-58). London: David Fulton Publishers.
- Yin, R.K. (2009). *Case study research: Designs and Methods* (4^a Ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Zur, J. (2015). *Evaluation of training for implementation of the Ages and Stages Questionnaire in London health visitor services*. London: Institute of Health Visiting.

ANEXOS

Anexo A – Parecer da Comissão de Ética da Universidade do Minho



Universidade do Minho
SECSH

Subcomissão de Ética para as Ciências Sociais e Humanas

Identificação do documento: SECSH 008/2017

Título do projeto: *Perceções de profissionais de Intervenção Precoce e de pais acerca da utilização do Ages and Stages Questionnaires (ASQ-PT)*

Investigadora responsável: Ana Maria Henriques Serrano, Instituto de Educação, Universidade do Minho (Orientadora)

Outros investigadores: Rita Adriana Simões Ralha Laranjeira, Instituto de Educação, Universidade do Minho

Subunidade orgânica: Instituto de Educação, Universidade do Minho

PARECER

A Subcomissão de Ética para as Ciências Sociais e Humanas (SECSH) analisou o processo relativo ao projeto intitulado *"Perceções de profissionais de Intervenção Precoce e de pais acerca da utilização do Ages and Stages Questionnaires (ASQ-PT)"*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na investigação com humanos, em conformidade com as normas nacionais e internacionais que regulam a investigação em Ciências Sociais e Humanas.

Face ao exposto, a SECSH nada tem a opor à realização do projeto.

Braga, 12 de abril de 2017.

O Presidente

Digitally signed by PAULO
MANUEL PINTO PEREIRA
ALMEIDA MACHADO
Date: 2017.04.12 12:06:18
+01'00'

Paulo Manuel Pinto Pereira Almeida Machado

ANEXO B – Parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados



Processo n.º 12902/2017 | 1

AUTORIZAÇÃO N.º 10346/2017

I. Pedido

Rita Adriana Simões Ralha Laranjeira, no âmbito de Tese de Doutoramento em Estudos da Criança na área de especialização em Educação Especial – Intervenção Precoce, pelo Instituto de Educação da Universidade do Minho, notificou a Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados com a finalidade de realização do estudo “Percepções de Profissionais de Intervenção Precoce e de Pais acerca da Utilização do *Age & Stages Questionnaire (ASQ-PT)*”.

Trata-se de estudo qualitativo que pretende conhecer as percepções de profissionais de Intervenção Precoce (IP), de saúde e de educação e de pais sobre a utilização do ASQ-PT para o rastreio de problemas de desenvolvimento e sobre a colaboração dos pais neste processo. Pretende-se sensibilizar os profissionais de saúde e de educação para a utilização deste instrumento e para colaborar com as famílias no rastreio de desenvolvimento, bem como perceber o impacto do preenchimento do ASQ-PT pelos pais no conhecimento acerca da sua criança e na colaboração entre profissionais e pais.

Para realização do estudo a responsável introduzirá o ASQ-PT junto de Equipas Locais de Intervenção (ELI). O instrumento será também apresentado a profissionais de saúde em centros de saúde e hospitais e a profissionais de educação em creches e jardins-de-infância da área geográfica das ELI, como forma de sensibilizar para a utilização do ASQ-PT, pois são estes profissionais que têm responsabilidade no processo de deteção/identificação precoce das crianças.

Posteriormente serão realizadas entrevistas aos profissionais e às famílias para recolha das suas percepções e opiniões sobre a utilização do questionário. A responsável contará com a colaboração dos profissionais para apresentação do estudo e do questionário às famílias e posterior convite para entrevista. Serão os profissionais a apor um código em cada questionário para posterior contacto com as famílias respondentes.

A todos os intervenientes será solicitado consentimento informado para participação no estudo; será também solicitado consentimento específico para gravação das entrevistas em formato áudio.

Rua de São Bento, 148-3ª • 1200-821 LISBOA
Tel: 213 928 400 Fax: 213 976 832
www.cnpd.pt

21 393 00 39
Linha Privacidade
Das 9h às 19h 13 h
civildes@cnpd.pt

II. Análise

Estando em causa a gravação de som das entrevistas, ou seja da voz dos participantes, nos termos do n.º 1 do artigo 7.º da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto - Lei de Proteção de Dados Pessoais (LPDP), o tratamento de dados notificado, por ser suscetível de revelar opiniões ou aspetos da vida privada, corresponde a um tratamento de dados pessoais sensíveis.

Em regra, o tratamento de dados sensíveis é proibido, de acordo com o disposto no n.º 1 do artigo 7.º da LPDP. Todavia, nos termos do n.º 2 do mesmo artigo, o tratamento de dados da vida privada é permitido, quando haja uma disposição legal que consagre esse tratamento de dados ou mediante autorização da CNPD, e sempre quando por motivos de interesse público importante o tratamento for indispensável ao exercício das atribuições legais ou estatutárias do seu responsável ou quando o titular dos dados tiver prestado o seu consentimento.

Não estando preenchida a primeira condição de legitimidade, o fundamento de legitimidade só pode basear-se na autorização da CNPD. Uma vez que o tratamento notificado não é indispensável ao exercício das atribuições legais ou estatutárias do seu responsável, aquela autorização apenas poderá ser concedida no pressuposto de que haja consentimento dos titulares dos dados ou dos representantes legais, quando os titulares dos dados sejam incapazes.

Assim, é necessário o «consentimento expresso do titular», entendendo-se por consentimento qualquer manifestação de vontade, livre, específica e informada, nos termos da qual o titular aceita que os seus dados sejam objeto de tratamento (cf. artigo 3.º, alínea h), da LPDP), o qual deve ser obtido através de uma "declaração de consentimento informado" onde seja utilizada uma linguagem clara e acessível.

Nos termos do artigo 10.º da LPDP, a declaração de consentimento tem de conter a identificação do responsável pelo tratamento e a finalidade do tratamento, devendo ainda conter informação sobre a existência e as condições do direito de acesso e de retificação por parte do respetivo titular.

As gravações deverão ser guardadas de modo a que seja garantida a segurança dos dados, em local de acesso reservado.

A investigadora deve contar com a colaboração dos profissionais participantes para obterem consentimento prévio das famílias para sua participação.



A informação tratada é recolhida de forma lícita (cf. alínea *a*) do n.º 1 do artigo 5.º da LPDP), para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (cf. alínea *b*) do mesmo artigo).

III. Conclusão

Em face do exposto, a CNPD autoriza o tratamento de dados pessoais *supra* apreciado, nos termos do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea *a*) do n.º 1 do artigo 28.º e do n.º 1 do artigo 30.º da LPDP, consignando-se o seguinte:

Responsável pelo tratamento: Rita Adriana Simões Ralha Laranjeira;

Finalidade: estudo intitulado "Percepções de Profissionais de Intervenção Precoce e de Pais acerca da Utilização do *Agas & Stages Questionnaire* (ASQ-PT)";

Categoria de Dados pessoais tratados:

Dos profissionais: formação de base e complementar; tempo de serviço; tempo de serviço na Intervenção Precoce; tempo de serviço na ELI; percepções e opiniões sobre o ASQ-PT; voz;

Dos pais: idade; estado civil; habilitações literárias; profissão; idade da criança; referenciador e motivo da referência da criança para intervenção precoce; data de nascimento da criança e idade corrigida (prematuidade); voz;

Entidades a quem podem ser comunicados: Não há

Formas de exercício do direito de acesso e retificação: Junto da responsável pelo tratamento dos dados.

Interconexões de tratamentos: Não há.

Transferência de dados para países terceiros: Não há.

Prazo de conservação dos dados: a chave de codificação dos dados e as gravações das entrevistas devem ser eliminadas no prazo de um mês após o fim do estudo.

Dos termos e condições fixados na presente Autorização decorrem obrigações que o responsável deve cumprir. Deve igualmente dar conhecimento dessas condições a todos os intervenientes no circuito de informação.

Lisboa, 12 de setembro de 2017

Filipa Calvão (Presidente)

Rua de São Bento, 148-3º • 1200-821 LISBOA
Tel: 213 928 400 Fax: 213 976 832
www.cnpd.pt

21 393 00 39
Linha Privacidade
Das 9h às 19h
aviso@cnpd.pt

ANEXO C – Carta de pedido de autorização às entidades e instituições



Carta de Apresentação

Caros Subcomissários de Coordenação Regional, Coordenadores da ELI, Diretores de Centros de Saúde, Serviço de Pediatria do Hospital, Diretores de Instituições/Agrupamentos de Escola,

Eu, Rita Adriana Simões Ralha Laranjeira, aluna do 2º ano de Doutoramento em Estudos da Criança - Educação Especial no Instituto de Educação da Universidade do Minho, encontro-me a elaborar uma tese, cujos objetivos são:

- conhecer as perceções dos profissionais das ELI, de Saúde e de Educação sobre a utilização do ASQ-3 para o rastreio e a colaboração dos pais neste processo.
- conhecer as perceções dos pais sobre a utilização do ASQ-3 para o rastreio de desenvolvimento e sobre a participação ativa neste processo.
- sensibilizar os profissionais de saúde e de educação para a utilização do ASQ-3.

Venho por este meio solicitar a vossa colaboração para serem entrevistados, após utilizarem o instrumento Ages and Stages Questionnaires (ASQ-3) como rastreio de desenvolvimento das crianças acompanhadas pela ELI, nas consultas de saúde infantil, nas consultas de Pediatria, a frequentar a(o) V. creche/jardim de infância.

Mais informo que as respostas serão exclusivamente utilizadas para o estudo e apenas a investigadora terá acesso às respostas.

Agradeço a vossa colaboração,

Rita Adriana Simões Ralha Laranjeira

Assunto: Solicitação para a realização de Estudo Qualitativo com profissionais de IPI, saúde e de educação

Dados para entidades e instituições

Dados da requerente:

Nome: Rita Adriana Simões Ralha Laranjeira

Profissão: Educadora de Infância – Intervenção Precoce

Contacto: 969015319

Email: ritadri@gmail.com

Dados de investigação:

1. Designação

Perceções de profissionais de Intervenção Precoce e de pais acerca da utilização do Ages and Stages Questionnaires (ASQ-PT)

2. Descrição

Este estudo surge no âmbito da tese de Doutoramento em Estudos da Criança na área de especialização em Educação Especial – Intervenção Precoce, no Instituto de Educação, na Universidade do Minho.

A finalidade da investigação é a realização de um estudo qualitativo com vista a conhecer as perceções de profissionais de IPI, de saúde e de educação e de pais sobre a utilização do ASQ-PT para o rastreio e sobre a colaboração dos pais neste processo. Pretende-se sensibilizar os profissionais de saúde e de educação para a utilização deste instrumento e para colaborarem com as famílias no rastreio de desenvolvimento, bem como perceber o impacto do preenchimento do ASQ-PT pelos pais no conhecimento acerca da sua criança e na colaboração entre profissionais e pais.

Para desenvolver este estudo iremos apresentar o ASQ-PT a profissionais de saúde em centros de saúde e hospitais da área geográfica de três Equipas Locais de Intervenção (ELI) – zona norte, zona centro e região de Lisboa -, como forma de sensibilizar para a utilização do ASQ-PT, pois são estes profissionais que têm responsabilidade no processo de deteção/identificação precoce das crianças.

O *Ages and Stages Questionnaires* 3^o Edição (ASQ-3) é um instrumento de rastreio que promove a participação da família, no sentido de, em conjunto com profissionais de saúde e de educação, identificarem problemas de desenvolvimento nas crianças e, ao mesmo tempo, criarem oportunidades promotoras de novas competências. Cada questionário possui 30 questões Este instrumento é de fácil administração e de fácil compreensão, prevendo-se que seja preenchido por pais e prestadores de cuidados com a colaboração de profissionais para interpretação dos resultados obtidos.

O ASQ-3 é composto por 21 questionários distribuídos por intervalos de idade bem definidos: 2, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30, 33, 36, 42, 48, 54 e 60 meses. Cada questionário tem 30 questões que abrangem 5 domínios de desenvolvimento: comunicação, motricidade grossa, motricidade fina, resolução de problemas e área pessoal e social. É ainda pedida informação adicional sobre visão, audição e outras preocupações e dúvidas dos pais relativas à sua criança. O seu preenchimento demora cerca de 15 minutos.

Em Portugal, este instrumento já se encontra aferido e adaptado para a população infantil e denomina-se ASQ-PT.

3. Objetivos

- conhecer as percepções dos profissionais das ELI, dos profissionais de Saúde e dos profissionais de Educação sobre a utilização do ASQ-PT para o rastreio;
- conhecer as percepções dos profissionais das ELI, dos profissionais de Saúde e dos profissionais de Educação sobre a colaboração dos pais no processo de rastreio;
- conhecer as percepções dos pais sobre a utilização do ASQ-PT para o rastreio de desenvolvimento;
- conhecer as percepções dos pais sobre a sua colaboração no processo de rastreio;
- sensibilizar os profissionais de IPI, os profissionais de Saúde e os profissionais de Educação para a utilização do ASQ-PT.

4. Periodicidade

A recolha de dados prevê-se que seja uma atividade pontual cujo início está previsto para setembro de 2017 e com término em janeiro de 2018.

5. Universo

A investigadora pretende que participem neste estudo:

- Profissionais de Intervenção Precoce a exercer funções em três ELI: uma na zona norte, uma na zona centro e uma na região de Lisboa.
- Profissionais de saúde das áreas de abrangência das três ELI.
- Profissionais de educação das áreas de abrangência das três ELI.
- Famílias cujas crianças sejam rastreadas com a utilização do ASQ-PT.

6. Metodologia

A autora pretende desenvolver um estudo qualitativo, com vista a conhecer as percepções dos profissionais e de pais acerca da utilização do instrumento de rastreio ASQ-PT para que a futura utilização deste instrumento em Portugal possa ser uma mais-valia na identificação e despiste de crianças com problemas de desenvolvimento. A utilização deste instrumento irá facilitar o rastreio de desenvolvimento a efetuar pelos profissionais de saúde, bem como a monitorização de crianças, garantindo, ao mesmo tempo, um maior envolvimento dos pais neste processo, bem como a sua capacitação.

A investigadora irá apresentar o instrumento de rastreio ASQ-PT aos profissionais de saúde para que posteriormente estes o possam utilizar nas suas consultas de saúde infantil com crianças com idades compreendidas entre o 1 mês e os 5 anos e 6 meses.

Após a utilização do instrumento de rastreio de desenvolvimento e para a recolha de dados, serão realizadas aos profissionais de saúde e aos pais entrevistas semiestruturadas desenvolvidas pela autora.

ANEXO D – Parecer da Comissão de Ética da ARS de Lisboa e Vale do Tejo



Exma Senhora
Dr.ª Rita Laranjeira
ritadri@gmail.com

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		1.8974/CE/2017	19.12.2017

Assunto: Perceções de profissionais de Intervenção Precoce e de pais acerca da utilização do Ages and Stages Questionnaires (ASQ-PT).

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na sua reunião da secção de investigação, no dia 15.12.2017, tendo sido emitido um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

✓ O Conselho Directivo

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
gerol@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

ANEXO E – Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARER FINAL: PARER FAVORÁVEL	DESPACHO: <i>Acumulado</i> <i>30/10/2017</i> <i>[Signature]</i> <i>[Stamp]</i>
---	---

ASSUNTO: Estudo 85/2017
Percepções de profissionais de Intervenção Precoce e de pais acerca da utilização do Ages and Stages Questionnaires (ASQ-PT)

Trata-se de um estudo que pretende estudar as percepções dos profissionais de saúde e pais acerca da utilização do Ages and Stages Questionnaires (ASQ-PT) deteção de crianças com problemas de desenvolvimento.

A inclusão de participantes será realizada através da apresentação do instrumento, com participação voluntária, com consentimento informado e garantia de confidencialidade e anonimato nas respostas

Não apresenta autorização dos Centros de Saúde de

Vitor Rodrigues

ANEXO F – Parecer da Comissão de Ética/ Norte



REPÚBLICA
PORTUGUESA

1301/2017



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Reunião em 20.02.2017
Quitação nos termos propostos
pela Comissão de Ética.

Exmo. Sr.

Pen

J
IPR 006152

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA N.º: PROC. N.º:	DATA
ASSUNTO	Estudo "Perceções de profissionais de intervenção precoce e de pais acerca da utilização do Ages and Stages Questionnaires (ASQ-PT)		

Exmo. Senhor,

Após reunião de 21 de Junho de 2017, e estando o pedido com as normas de submissão impostas pela CE, informo V. Ex.ª que, em anexo segue **parecer favorável**.

Com os melhores cumprimentos,



PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Estudo "Perceções de profissionais de intervenção precoce e de pais acerca da utilização do Ages and Stages Questionnaires (ASQ-PT)

Após reunião de 21 de Junho de 2017 e, no seguimento da receção da informação solicitada, a CE, considerou que nada haveria a opor do ponto de vista ético desde que, os profissionais não se importem de participar.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética da EPE presentes em reunião de 21 de Junho de 2017.

ANEXO G – Parecer da Direção Geral de Educação



Rita Laranjeira <ritadri@gmail.com>

Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0597500002

1 message

mime-noreply@gepe.min-edu.pt <mime-noreply@gepe.min-edu.pt>
To: ritadri@gmail.com

Tue, Sep 26, 2017 at 12:14 PM

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0597500002, com a designação *Agas and Stages Questionnaires (ASQ-P7)*, registado em 13-09-2017, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Rita Adriana Simões Raiha Laranjeira
Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.
Com os melhores cumprimentos
José Vítor Pedroso
Diretor-Geral
DGE

Observações:

- a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque sensíveis e onerosos, devendo fazer-se em estreita articulação com a Direção do Agrupamento.
- b) Devem ser cumpridas as disposições da Autorização da CNPD nº 10346/ 2017 de 12 de setembro nos termos e condições fixados, resultando obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os inquiridos e a quem intervenha na recolha e tratamento de dados pessoais.
- c) Informa-se, ainda, que a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privados e para autorizar a realização de intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação em meio escolar junto de alunos em contexto de sala de aula, dado ser competência da Escola/Agrupamento.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

ANEXO H – Declarações de consentimento

Declaração de consentimento informado

Eu, abaixo-assinado, _____:

Fui informado que no estudo “Perceções de profissionais de Intervenção Precoce e de pais acerca da utilização do Ages and Stages Questionnaires (ASQ-PT)” está prevista a realização de entrevistas tendo-me sido explicado em que consiste e quais os seus objetivos.

Foi-me garantido que os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato, bem como me foi garantido que apenas as pessoas responsáveis pelo estudo terão acesso às respostas.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, desde que garantido o anonimato.

Nome do Investigador e Contacto:

Rita Adriana Simões Ralha Laranjeira

ritadri@gmail.com

Data

___/___/___

Assinatura

Declaração de consentimento informado

Exmo. (a) Senhor(a).

Eu, Rita Adriana Simões Ralha Laranjeira, aluna do Doutoramento em Estudos da Criança - Educação Especial no Instituto de Educação da Universidade do Minho, encontro-me a elaborar uma tese, cujos objetivos são:

- conhecer as perceções dos profissionais das ELI, dos profissionais de Saúde e dos profissionais de Educação sobre a utilização do ASQ-PT para o rastreio;
- conhecer as perceções dos profissionais das ELI, dos profissionais de Saúde e dos profissionais de Educação sobre a colaboração dos pais no processo de rastreio;
- conhecer as perceções dos pais sobre a utilização do ASQ-PT para o rastreio de desenvolvimento;
- conhecer as perceções dos pais sobre a sua colaboração no processo de rastreio;
- sensibilizar os profissionais de Intervenção Precoce, os profissionais de Saúde e os profissionais de Educação para a utilização do ASQ-PT.

Venho por este meio solicitar a vossa colaboração para o rastreio de desenvolvimento do/a vosso/a filho/a com o instrumento Ages and Stages Questionnaires (ASQ-PT) e para a realização de uma entrevista semiestruturada.

Mais informo que as respostas serão exclusivamente utilizadas para o estudo e apenas a investigadora e a sua orientadora terão acesso às respostas. Garante-se que os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Poderá a qualquer momento recusar-se a participar ou interromper a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Se aceita participar neste projeto de investigação, por favor assine abaixo. Ressalva-se que não é obrigatória a participação na entrevista. Se tiver alguma dúvida/questão, ou quiser saber mais sobre este estudo, pode contactar **Rita Laranjeira**, pelo número **969015319** ou pelo e-mail **ritadri@gmail.com**.

Atenciosamente,

A investigadora,

Rita Laranjeira

Eu, _____, aceito participar no estudo **“Perceções de profissionais de Intervenção Precoce e de pais acerca da utilização do Ages and Stages Questionnaires (ASQ-PT)”** para propósitos de investigação no âmbito da elaboração de uma Tese de Doutoramento do Instituto de Educação da Universidade do Minho.

Rastreio com ASQ-PT _____

Entrevista _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Contacto (no caso de pretender participar na entrevista): _____

ANEXO I – Guião de entrevista inicial aos profissionais das ELI

Participantes: Profissionais de ELI (antes da utilização do ASQ-PT)

Objetivos:

- conhecer a constituição da ELI;
- conhecer o procedimento da ELI quando recebe uma referência;
- conhecer quem referencia as crianças para a ELI;
- saber quem realiza os primeiros contactos à família;
- conhecer o plano de preparação da avaliação da ELI com a família;
- conhecer o envolvimento da família no processo de avaliação.

Tema	Objetivos específicos	Questões	Tópicos ou observações
1 - Apresentação	Apresentação. Informar os entrevistados acerca do tema da investigação e os objetivos da entrevista. Explicar o processo da entrevista.		
2 - Caracterização dos profissionais da ELI	Caracterização de cada profissional da ELI.	Qual a profissão que desempenha? Há quanto tempo desempenha a sua profissão? Há quanto tempo trabalha em Intervenção Precoce? Há quanto tempo trabalha na ELI?	Profissão (educador de infância, professor, psicólogo, enfermeiro, técnico de serviço social, outros) Formação de base Outras formações Tempo de serviço.
3 - Processo	Caracterização do procedimento da ELI até ao início da intervenção.	Quem referencia as crianças para a ELI? Têm dados estatísticos?	Referenciação

		<p>Quem contacta e reúne com a família após a ELI receber a referênciação?</p> <p>Quem decide quais os profissionais da ELI que vão rastrear a criança?</p> <p>O rastreio é preparado pelos profissionais da ELI? A família também participa na preparação do rastreio? Existe algum plano de preparação do rastreio?</p> <p>Na ELI utilizam instrumentos de rastreio? Se sim, qual/quais?</p> <p>Qual o envolvimento dos pais durante o rastreio?</p> <p>Como é que os profissionais da ELI envolvem a família no rastreio?</p> <p>Após o rastreio, quem define os critérios de elegibilidade da criança?</p> <p>Quanto tempo demora o processo desde os primeiros contactos até ao início da intervenção, quando a criança apresenta critérios para ficar em</p>	<p>Elemento da ELI que realiza os primeiros contactos</p> <p>Preparação do rastreio: papel desempenhado pelos profissionais e pelos pais.</p> <p>Plano de preparação: preocupações da família, local e hora do rastreio, pessoas presentes, comportamento da criança perante estranhos e os pais, papel a assumir por cada pessoa presente.</p> <p>Envolvimento dos pais: observadores, apoio à criança, participantes, facilitadores, outros</p> <p>Decisão da elegibilidade</p> <p>Tempo de duração do processo.</p>
--	--	--	--

		apoio/vigilância?	
4 - Finalização da entrevista	Agradecimento aos entrevistados a disponibilidade e colaboração. Apresentação do instrumento de rastreio ASQ-PT.		

Construído por Rita Adriana Simões Ralha Laranjeira no âmbito da Tese de Doutoramento em Estudos da Criança, área de especialização em Educação Especial, do CIEd – Universidade do Minho.
Não é permitida a reprodução deste instrumento.

ANEXO J – Guião de entrevista aos profissionais das ELI

Participantes: Profissionais de ELI (após a utilização do ASQ-PT)

Objetivos:

- conhecer as vantagens e desvantagens da utilização do ASQ-PT;
- perceber qual a colaboração das famílias durante a utilização do ASQ-PT;
- perceber como o ASQ-PT ajuda os profissionais a valorizar a participação dos pais.

Tema	Objetivos específicos	Questões	Tópicos ou observações
1 - Apresentação	Apresentação. Informar os entrevistados acerca dos objetivos da entrevista. Explicar o processo da entrevista.		
2 - Processo	Caracterização do procedimento da ELI até ao início da intervenção com a utilização do ASQ-PT.	<p>Quem referencia as crianças para a ELI?</p> <p>Quem contacta e reúne com a família após a ELI receber a referenciação?</p> <p>Quem decide quais os profissionais da ELI que vão realizar o rastreio à criança?</p> <p>Como foi preparado o rastreio?</p> <p>Qual o papel da família no processo de rastreio?</p>	<p>Elemento da ELI que realiza os primeiros contactos</p> <p>Preparação do rastreio: papel desempenhado pelos profissionais e pelos pais.</p> <p>Plano de preparação: preocupações da família, local e hora do rastreio, pessoas presentes, comportamento da criança perante estranhos e os pais, papel a assumir por cada pessoa presente.</p>

		<p>Como decorreu o rastreio com o instrumento ASQ-PT?</p> <p>Qual o envolvimento dos pais durante o rastreio?</p> <p>Como fizeram a utilização do instrumento: os pais preencheram sozinhos, os profissionais leram o instrumento, os profissionais preencheram o instrumento com a participação dos pais?</p> <p>Quanto tempo demorou o preenchimento do ASQ-PT? Acharam o tempo de preenchimento do instrumento adequado?</p> <p>As questões do questionário foram apropriadas? Os pais perceberam o instrumento? Os pais precisaram de ajuda? Que pais? Que dificuldades tiveram? Porque acham que isso aconteceu? Como ultrapassaram essas dificuldades?</p> <p>Os pais mostraram interesse pelo instrumento? Os pais mostraram-se interessados sobre desenvolvimento? Os pais mostraram-se surpreendidos com alguma das aquisições da criança? Vocês profissionais surpreenderam-se com os conhecimentos que os pais tinham? E porquê? O ASQ-PT contribuiu para os pais entenderem melhor a criança? Como?</p>	<p>Envolvimento dos pais: observadores, apoio à criança, participantes, facilitadores, outros. Utilização do ASQ-PT</p> <p>Compreensão das famílias sobre o ASQ-PT</p> <p>Interesse das famílias sobre o ASQ-PT</p>
--	--	---	---

		<p>Quanto tempo demora o processo desde os primeiros contactos até ao início da intervenção, quando a criança tem critérios para ficar em apoio/vigilância?</p> <p>O ASQ-PT ajudou no tempo de decisão da elegibilidade da criança para a IP?</p>	Tempo de duração do processo.
3 - Utilização do ASQ-PT	Levantamento das vantagens e das desvantagens acerca da utilização do instrumento de rastreio	<p>Quais os profissionais da ELI que utilizaram o instrumento de rastreio?</p> <p>Como caracterizam a sua utilização?</p> <p>Quais as vantagens e desvantagens da sua utilização?</p> <p>Como se sentiram durante o rastreio?</p> <p>O que mudaria no ASQ-PT?</p>	<p>Duração da avaliação, planificação da avaliação, duração do processo desde a referenciação até ao início da intervenção.</p> <p>Aspetos positivos e negativos.</p>
4 - Finalização da entrevista	Agradecimento aos entrevistados a disponibilidade e colaboração.		

Construído por Rita Adriana Simões Ralha Laranjeira no âmbito da Tese de Doutoramento em Estudos da Criança, área de especialização em Educação Especial, do CIEd – Universidade do Minho.

Não é permitida a reprodução deste instrumento.

ANEXO L - Guião de entrevista aos profissionais de saúde

Participantes: Profissionais de saúde (após a utilização do ASQ-PT)

Objetivos:

- conhecer as vantagens e desvantagens da utilização do ASQ-PT;
- perceber qual a colaboração das famílias durante a utilização do ASQ-PT;
- perceber como o ASQ-PT ajuda os profissionais a valorizar a participação dos pais.

Tema	Objetivos específicos	Questões	Tópicos ou observações
1 - Apresentação	Apresentação. Informar os entrevistados acerca dos objetivos da entrevista. Explicar o processo da entrevista.		
2 – Processo de identificação	Caracterização do procedimento de referência Realização de rastreio de desenvolvimento	Conhece o procedimento de referência para a ELI? Já referenciou alguma criança para a ELI? Com que frequência realiza rastreio de desenvolvimento nas crianças que segue? Utiliza algum instrumento ou faz uma observação clínica? Se utiliza um instrumento, qual utiliza?	Referência para a ELI Rastreio de desenvolvimento
3 - Utilização do ASQ-PT	Levantamento das vantagens e das desvantagens acerca da utilização do instrumento de rastreio	Como foi preparado o rastreio com o ASQ-PT? Qual a participação da família? Como decorreu o rastreio com o instrumento ASQ-PT? Qual o envolvimento dos pais durante o rastreio?	Rastreio com ASQ-PT Envolvimento dos pais: observadores, apoio à criança, participantes, facilitadores, outros. Utilização do ASQ-PT

		<p>Como fizeram a utilização do instrumento: os pais preencheram sozinhos, os profissionais leram o instrumento, os profissionais preencheram o instrumento com a participação dos pais?</p> <p>Quanto tempo demorou o preenchimento do ASQ-PT? Acharam o tempo de preenchimento do instrumento adequado?</p> <p>As questões do questionário foram apropriadas? Os pais perceberam o instrumento? Os pais precisaram de ajuda? Que pais? Que dificuldades tiveram? Porque acham que isso aconteceu? Como ultrapassaram essas dificuldades?</p> <p>Os pais mostraram interesse pelo instrumento? Como? Os pais mostraram-se interessados sobre desenvolvimento? Os pais mostraram-se surpreendidos com alguma das aquisições da criança? Vocês profissionais surpreenderam-se com os conhecimentos que os pais tinham? E porquê? O ASQ-PT contribuiu para os pais entenderem melhor a criança? Como?</p> <p>Como caracterizam a sua utilização?</p>	<p>Compreensão das famílias sobre o ASQ-PT</p> <p>Interesse das famílias sobre o ASQ-PT</p> <p>Aspetos positivos e negativos.</p>
--	--	--	---

		Quais as vantagens e desvantagens da sua utilização? Como se sentiram durante o rastreio? O que mudaria no ASQ-PT? Recomendaria o ASQ-PT a colegas? Porquê?	
4 - Finalização da entrevista	Agradecimento aos entrevistados a disponibilidade e colaboração.		

Construído por Rita Adriana Simões Ralha Laranjeira no âmbito da Tese de Doutoramento em Estudos da Criança, área de especialização em Educação Especial, do CIEd – Universidade do Minho.

Não é permitida a reprodução deste instrumento.

ANEXO M - Guião de entrevista aos profissionais de educação

Participantes: Profissionais de educação (após a utilização do ASQ-PT)

Objetivos:

- conhecer as vantagens e desvantagens da utilização do ASQ-PT;
- perceber qual a colaboração das famílias durante a utilização do ASQ-PT;
- perceber como o ASQ-PT ajuda os profissionais a valorizar a participação dos pais.

Tema	Objetivos específicos	Questões	Tópicos ou observações
1 - Apresentação	Apresentação. Informar os entrevistados acerca dos objetivos da entrevista. Explicar o processo da entrevista.		
2 – Processo	Caracterização do procedimento de referência	<p>Conhece o procedimento de referência para a ELI? Já referenciou alguma criança para a ELI?</p> <p>Como identifica uma criança com problemas de desenvolvimento? Utiliza algum instrumento de rastreio? Qual?</p>	<p>Referência para a ELI</p> <p>Desenvolvimento</p> <p>Rastreio de desenvolvimento</p>
3 - Utilização do ASQ-PT	Levantamento das vantagens e das desvantagens acerca da utilização do instrumento de rastreio	<p>Como foi preparado o rastreio com o ASQ-PT? Qual a participação da família? Como decorreu o rastreio com o instrumento ASQ-PT?</p> <p>Qual o envolvimento dos pais durante o rastreio?</p>	<p>Rastreio com ASQ-PT</p> <p>Envolvimento dos pais: observadores, apoio à criança, participantes, facilitadores, outros.</p>

		<p>Como fizeram a utilização do instrumento: os pais preencheram sozinhos, os profissionais leram o instrumento, os profissionais preencheram o instrumento com a participação dos pais? Quanto tempo demorou o preenchimento do ASQ-PT? Acharam o tempo de preenchimento do instrumento adequado?</p> <p>Os pais perceberam o instrumento? Os pais precisaram de ajuda? Que pais? Que dificuldades tiveram? Porque acham que isso aconteceu? Como ultrapassaram essas dificuldades?</p> <p>Os pais mostraram interesse pelo instrumento? Como? Os pais mostraram-se interessados sobre desenvolvimento? Os pais mostraram-se surpreendidos com alguma das aquisições da criança? Vocês profissionais surpreenderam-se com os conhecimentos que os pais tinham? E porquê? O ASQ-PT contribuiu para os pais entenderem melhor a criança? Como?</p> <p>Como caracterizam a sua utilização? Quais as vantagens e desvantagens da sua utilização? Como se sentiram durante o rastreio?</p>	<p>Utilização do ASQ-PT</p> <p>Compreensão das famílias sobre o ASQ-PT</p> <p>Interesse das famílias sobre o ASQ-PT</p> <p>Aspetos positivos e negativos.</p>
--	--	--	---

		O que mudaria no ASQ-PT? Recomendaria o ASQ-PT a colegas? Porquê?	
4 - Finalização da entrevista	Agradecimento aos entrevistados a disponibilidade e colaboração.		

Construído por Rita Adriana Simões Ralha Laranjeira no âmbito da Tese de Doutoramento em Estudos da Criança, área de especialização em Educação Especial, do CIEd – Universidade do Minho.

Não é permitida a reprodução deste instrumento.

ANEXO N - Guião de entrevista às famílias

Participantes: Famílias de crianças rastreadas com o ASQ-PT

Objetivos:

- conhecer a perceção das famílias sobre a utilização do instrumento;
- perceber o tipo de colaboração das famílias durante o rastreio da criança com o ASQ-PT;
- perceber o interesse e a compreensão das famílias acerca do desenvolvimento da sua criança.

Tema	Objetivos específicos	Questões	Tópicos ou observações
1 - Apresentação	Apresentação. Informar os entrevistados acerca do tema da investigação e os objetivos da entrevista. Explicar o processo da entrevista.		
2 - Caracterização dos entrevistados	Caracterização dos entrevistados a nível pessoal e profissional.	Qual a sua idade? Qual o seu estado civil? Qual o nível de ensino que concluiu? Qual a sua profissão?	Estado civil (solteiro, casado ou união de facto, separado, viúvo). Nível de escolaridade (1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo, secundário, curso universitário ou superior).
3 – Caracterização da criança	Caracterização geral da criança.	Que idade tem o/a seu/sua filho/a? Quem referenciou o/a seu/sua filho/a para a ELI? Qual o motivo pelo qual foi referenciado/a para a ELI?	Família, Creche/Jardim de Infância, Centro de Saúde, Hospital, SS
4 – Desenvolvimento da criança	Desenvolvimento da criança	Como se inteiram sobre o desenvolvimento do/da seu/sua filho/a?	Conhecimento sobre desenvolvimento

	Preocupações dos pais	O que fazem quando têm alguma preocupação acerca do desenvolvimento do/da seu/sua filho/a?	
4 – Processo de rastreio da criança	<p>Planificação e realização do rastreio à criança.</p> <p>Levantamento dos pontos fortes e das barreiras à utilização do ASQ-PT.</p>	<p>Quem decidiu onde seria realizado o rastreio do/da seu/sua filho/a?</p> <p>Quem decidiu o horário em que seria realizado o rastreio do/da seu/sua filho/a?</p> <p>Quem decidiu quem estaria presente no rastreio do/da seu/sua filho/a?</p> <p>Quem decidiu qual o papel que vocês teriam no rastreio do/da seu/sua filho/a?</p> <p>De que forma os profissionais (da ELI, de saúde, de educação) o envolveram no rastreio do/da seu/sua filho/a?</p> <p>Este questionário tinha diversas questões. Percebeu o que estava a ser perguntado?</p> <p>Teve dificuldades em responder às questões? Quais?</p> <p>O que o/a surpreendeu durante o rastreio do/da seu/sua filho/a?</p> <p>Achou alguma coisa de surpreendente no que estava no questionário?</p> <p>O que gostou mais durante o rastreio do/da seu/sua filho/a?</p> <p>O que gostou menos durante o rastreio do/da seu/sua filho/a?</p>	<p>Planificação, realização, duração, envolvimento dos pais, duração do processo desde a referenciação até ao início do apoio.</p> <p>Utilização do questionário</p>

		<p>Conhecia o que estava a ser perguntado? Achou importante este questionário? Porquê? Este instrumento de rastreio trouxe-lhe conhecimentos? Quais? O que valoriza neste instrumento? O ASQ-PT ajudou-o a pensar sobre o desenvolvimento do/da seu/sua filho/a? De que forma isso aconteceu? O ASQ-PT ajudou-o a pensar em preocupações com o desenvolvimento do/da seu/sua filho/a?</p> <p>Completaria outro questionário ASQ-PT? Recomendaria a utilização deste instrumento a outros pais? Porquê?</p>	<p>Conhecimento e capacitação dos pais</p>
4 – Utilização do ASQ-PT	<p>Levantamento das vantagens e das desvantagens acerca da utilização do instrumento de rastreio</p>	<p>Quais as vantagens e desvantagens da sua utilização?</p> <p>Como se sentiram durante o rastreio?</p>	<p>Aspetos positivos e negativos</p>
5 - Finalização da entrevista	<p>Agradecimento aos entrevistados a disponibilidade e colaboração.</p>		

Construído por Rita Adriana Simões Ralha Laranjeira no âmbito da Tese de Doutoramento em Estudos da Criança, área de especialização em Educação Especial, do CIEd – Universidade do Minho.

Não é permitida a reprodução deste instrumento.