

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

MARIANA FERRARI FRANCO

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE UM INSTRUMENTO INTERSETORIAL PARA
DETECÇÃO DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

SÃO CARLOS

2024

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

MARIANA FERRARI FRANCO

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE UM INSTRUMENTO INTERSETORIAL PARA
DETECÇÃO DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), para a defesa de mestrado. Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Carla de Souza Della Barba. Linha de pesquisa: Promoção do Desenvolvimento Humano nos Contextos da Vida Diária. Agência de fomento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

SÃO CARLOS

2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Mariana Ferrari Franco, realizada em 09/02/2024.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Patrícia Carla de Souza Della Barba (UFSCar)

Prof. Dr. Alberto José Filgueiras Goncalves (UGlos)

Profa. Dra. Luzia Iara Pfeifer (UFSCar)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente à minha família, meus pais Elisa e Fernando, e minha irmã Clara pelo apoio e amor de sempre.

Ao André, meu grande companheiro, pelo carinho, amor, apoio e por toda a ajuda com a dissertação e com a pesquisa.

À Patrícia, minha orientadora querida, por todos esses anos de pesquisa, sempre me apoiando, auxiliando e estimulando a seguir.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro.

À todas as professoras do DTO e PPGTO UFSCar pelos ensinamentos.

À minha banca de qualificação, professora Luziara e professor Alberto, pelas dicas e correções essenciais para que a pesquisa pudesse ser finalizada, e pela parceria e disponibilidade.

Às minhas companheiras de grupo do LADOP por toda a ajuda e apoio durante as reuniões, especialmente à Carina que teve um papel muito importante para o andamento da pesquisa em diversos momentos.

E finalmente, a todos os participantes da minha pesquisa, profissionais e famílias, que foram essenciais e tornaram a pesquisa realidade, sem eles seria impossível seguir.

RESUMO

O desenvolvimento infantil (DI) constitui um período caracterizado por ganhos e mudanças significativos nas habilidades, aprendizado, comportamento e socialização de uma criança. Nesse sentido, estudos que têm como propósito mapear fatores de risco e proteção nesse período são fundamentais para a construção de ações de monitoramento e proteção. Considerando a importância do uso de instrumentos para auxiliar os profissionais do processo de vigilância do DI, bem como as políticas e estudos da área que preconizam a intersetorialidade para promover uma atenção a infância integral e integrada, o objetivo do presente estudo foi iniciar o processo de validação do instrumento intersetorial para detecção de risco para o desenvolvimento infantil. Para alcançar esse propósito, realizou-se uma pesquisa metodológica quantitativa, que contou com três etapas principais: análise do instrumento piloto por um grupo de profissionais “experts” na área, possibilitando correção do instrumento e finalização do instrumento piloto; desdobramento cognitivo, com a participação de profissionais e familiares, no qual o instrumento foi avaliado quanto a clareza e linguagem adotada, sendo posteriormente corrigido seguindo as sugestões dos participantes; e o pré-teste, que contou com a participação de profissionais que atuam com o público infantil e que aplicaram e utilizaram o instrumento em sua prática. Além disso, desenvolveu-se um protótipo de versão digital do instrumento, visando aumentar sua praticidade e agilidade de aplicação. Os resultados da pesquisa evidenciaram que o instrumento atingiu os valores necessários nas avaliações estatísticas a que foi submetido, o Coeficiente Alpha de Cronbach com valor de 0,73, e Coeficiente de Validade de Conteúdo atingindo o valor de 0,8 nas médias, demonstrando estabilidade e confiabilidade e fornecendo evidências de validade do instrumento. Apesar da pesquisa cumprir com seu objetivo, e destacar a importância desse tipo de instrumento, assim como o interesse dos profissionais em utilizá-lo, mais etapas de avaliação e pesquisas subsequentes se fazem necessárias para que o instrumento possa ser amplamente divulgado e utilizado.

Palavras-chave: Desenvolvimento infantil; criação de instrumento; intersetorialidade; validação.

ABSTRACT

Child development (CD) constitutes a period characterized by significant gains and changes in a child's abilities, learning, behavior, and socialization. In this regard, studies aimed at mapping risk and protective factors during this period are essential for the development of monitoring and protective actions. In view of the importance of using tools to assist professionals in the CD surveillance process, as well as the policies and studies in the field advocating for intersectionality to promote comprehensive and integrated childhood care, the objective of this study was to initiate the validation process of an intersectoral instrument for detecting risk in child development. To achieve this purpose, a quantitative methodological research was conducted, consisting of three main stages: analysis of the pilot instrument by a group of experts in the field, allowing for corrections and finalization of the pilot instrument; cognitive unfolding, involving professionals and family members, in which the instrument was evaluated for clarity and language, subsequently corrected based on participants' suggestions; and the pre-test, involving professionals working with the child population, who applied and used the instrument in their practice. Additionally, a prototype of a digital version of the instrument was developed to enhance its practicality and application efficiency. The research results showed that the instrument achieved the necessary values in the statistical evaluations to which it was subjected, including Cronbach's Alpha coefficient and Content Validity Coefficient, demonstrating stability and reliability and providing evidence of the instrument's validity. Despite the research fulfilling its objective and emphasizing the importance of such instruments, as well as the professionals' interest in using it, further evaluation stages and subsequent research are necessary for the instrument to be widely disseminated and used.

Keywords: Child development; instrument development; intersectionality; validation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIDPI- Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
- ASD- abordagem de sistemas de desenvolvimento
- CC- Caderneta da Criança
- CSC- Caderneta de Saúde da Criança
- DI- Desenvolvimento Infantil
- FUMAS- Fundação Municipal Anne Sullivan
- M-CHAT- Modified Checklist for Autism in Toddler
- PFS- Programa da Família Saudável
- PIM- Primeira Infância Melhor
- PNAISC- Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança
- RNPI- Rede Nacional da Primeira Infância
- TCLE- Termo Livre e Esclarecido
- TO- Terapia Ocupacional
- UMS- Unidades Municipais de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Procedimento para seleção de participantes – Etapa 1	40
Figura 2 – Página inicial da versão digital do instrumento	66
Figura 3 – Página de cadastro da versão digital do instrumento	67
Figura 4 – Página inicial (após cadastro) da versão digital do instrumento	67
Figura 5 – Página de identificação do profissional da versão digital do instrumento	68
Figura 6 – Ilustração da aplicação da versão digital do instrumento	68
Figura 7 – Ilustração do resultado final da aplicação da versão digital do instrumento	69
Figura 8 – Quadro de participantes da etapa de pré-teste	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Versão Final IC	30
Quadro 2 - Parcerias estabelecidas em cada cidade.....	44
Quadro 3 - Resultados da avaliação do instrumento pelos Experts (Etapa 1).....	48
Quadro 4 - Primeira versão do instrumento do Mestrado	50
Quadro 5 - Resultados do desdobramento cognitivo (Etapa 2).....	53
Quadro 6 - Versão Final do instrumento do Mestrado.....	57
Quadro 7 - Coeficiente de Validade de Conteúdo para cada uma das questões do instrumento	71
Quadro 8 - Formulário de avaliação do uso do instrumento.....	74

Sumário

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Brasil e no Mundo.....	14
1.1.1	Vigilância do Desenvolvimento Infantil no mundo	14
1.1.2	Programas e legislações no Brasil	16
1.1.3	Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Brasil	18
1.1.4	Uso da Caderneta da Criança pelos profissionais da Saúde	22
1.2	Criação do instrumento.....	23
1.2.1	Primeira versão	28
1.2.2	Segunda versão	28
1.2.3	Terceira versão	28
1.3	Método de análise do instrumento.....	29
1.4	Justificativa.....	33
1.5	Objetivos.....	35
2	METODOLOGIA.....	36
2.1	Delineamento do estudo	36
2.2	Local	36
2.3	Instrumentos	36
2.4	Procedimentos	36
2.4.1	Aspectos éticos	36
2.4.2	Coleta de dados.....	37
	Etapa 1 - Avaliação do instrumento pelos experts	37
	Etapa 2 - Desdobramento cognitivo e consultoria com especialistas	37
	Etapa 3 – Pré-teste.....	38
2.4.3	Seleção dos participantes.....	38
	Etapa 1 - Avaliação do instrumento pelos Experts	39
	Etapa 2 - Desdobramento cognitivo e consultoria com especialistas	40
	Etapa 3 - Pré-teste	41
2.4.4	Versão digital.....	44
2.5	Análise de dados.....	44
	Análise de confiabilidade (alfa de Cronbach).....	44

3	RESULTADOS	47
3.1	Etapa 1 - Avaliação do instrumento pelos Experts.....	47
3.2	Etapa 2 – Desdobramento Cognitivo.....	53
3.2.1	Versão digital do instrumento.....	64
3.3	Etapa 3 – Pré-teste	69
3.3.1	Alpha de Cronbach	70
3.3.2	Coeficiente de Validade de Conteúdo CVC	70
3.3.3	Avaliação do uso do instrumento	73
4	DISCUSSÃO	77
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
6	REFERÊNCIAS	83
	APENDICE A – Carta convite.....	94
	APENDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido	96
	APENDICE C – Termo de confidencialidade e sigilo.....	99
	APENDICE D – Formulário de avaliação	100
	ANEXO A – Artigo submetido.....	101

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil (DI) é um processo de muitos ganhos e mudanças em termos de aquisição de habilidades, aprendizagem, comportamento, socialização, descobertas e percepções sobre si e sobre o mundo. Nesse momento as crianças estão expostas a uma série de fatores de risco e de proteção para que o seu desenvolvimento ocorra de forma plena. Sendo assim, a compreensão e análise desses fatores são de extrema importância, desempenhando um papel essencial no progresso infantil.

Por esse motivo, é crescente o número de estudos dedicados a mapear e compreender tais fatores. O objetivo desses estudos é viabilizar a criação de ações destinadas à proteção da criança e ao monitoramento do desenvolvimento infantil. Além disso, busca-se reduzir o impacto dos fatores de risco, ao passo que se potencializam os fatores de proteção (GUIMARÃES et al, 2013).

Atualmente, a ideia de intersetorialidade tem crescido de maneira significativa nos estudos e nas ações e políticas relacionadas ao desenvolvimento infantil. Esse enfoque permite uma abordagem mais profunda e qualificada no cuidado da criança, unindo os conhecimentos de profissionais de diversas áreas que colaboram para um atendimento integral e integrado (REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA,2015).

Com o intuito de facilitar o processo de vigilância do desenvolvimento infantil e a identificação de possíveis riscos enfrentados pela criança e pela família, têm sido cada vez mais recomendados e estudados instrumentos de avaliação e triagem. Franco (2015) destaca a importância do uso desses instrumentos, abordando os fatores de risco nas esferas biológica, familiar e ambiental. A utilização de instrumentos que auxiliem na sistematização dessas informações proporciona uma visão ampliada e realista da situação. Além disso, Benson e Clark (1982) reforçam que os instrumentos desenvolvidos no campo da terapia ocupacional são essenciais em todas as áreas da prática, conferindo, assim, uma crescente relevância a esses trabalhos nessa área.

O estudo de iniciação científica intitulado “Concepções sobre risco ao desenvolvimento infantil de uma equipe de profissionais que atua na primeira infância”, conduzido de 2019 a 2020, teve como propósito analisar os conceitos de risco para o desenvolvimento infantil abordados pelas distintas áreas profissionais (saúde, educação e assistência social) de uma equipe multiprofissional em município de pequeno porte do estado de São Paulo. Os objetivos específicos do trabalho incluíram a detecção do impacto do conceito de risco de desenvolvimento infantil nas ações dos profissionais da equipe, bem como a identificação dos

processos/fluxos de entrada e encaminhamento de crianças em situação de risco e suas famílias nos serviços de atenção à criança (FRANCO, DELLA BARBA, 2019).

Seus resultados evidenciaram uma significativa lacuna na forma que o cuidado à primeira infância é efetivado no município estudado: os profissionais não se baseiam em referencial teórico e não utilizam nenhum instrumento específico para avaliação de risco para o desenvolvimento infantil. A literatura tem enfatizado a importância do uso de instrumentos para sistematizar os processos de avaliação no desenvolvimento infantil e fornecer embasamento teórico aos profissionais em relação às concepções de risco com as quais trabalham. No entanto, o estudo constatou que, devido à visão superficial dos profissionais, as ações ocorrem de maneira individualizada e não são realizadas de forma intersetorial, contrariando as diretrizes das novas políticas públicas relacionadas ao cuidado da primeira infância (FRANCO, DELLA BARBA, 2019).

Nesse contexto, a abordagem de sistemas de desenvolvimento (ASD), desenvolvida por Guralnick (2015), se mostra relevante, pois integra a ciência do desenvolvimento e a ciência de intervenção, fornecendo uma base teórica abrangente para a compreensão e promoção do desenvolvimento infantil. Essa abordagem visa compreender os mecanismos que estão envolvidos na promoção do desenvolvimento infantil no contexto da intervenção precoce para crianças e famílias em vulnerabilidade. Para alcançar esse objetivo, é essencial integrar a ciência do desenvolvimento, abordando-o de maneira “normativa” com o foco no contexto de risco e nas incapacidades, e a ciência de intervenção. A ASD envolve três níveis interrelacionados para conceber o desenvolvimento:

- Em primeiro lugar, é necessário prestar atenção ao nível de desenvolvimento infantil e compreender como as crianças utilizam seus crescentes recursos de desenvolvimento e processos organizacionais para expandir sua competência social e cognitiva ao longo da primeira infância;
- Em segundo lugar, a ASD requer a identificação das influências ambientais que apoiam o “aparecimento” social e as competências cognitivas da criança, organizadas através do padrão de interação da família envolvendo a criança. Esse padrão de interação depende de muitos fatores, incluindo os ajustes da família para acomodar o processo único e as características do desenvolvimento e do comportamento da criança, fundamentais para apoiar o desenvolvimento infantil. Agentes estressores, criados em crianças em risco biológico ou com alguma inaptidão, resultam em um aumento de efeitos adversos (riscos) nos padrões de

interação familiares ao longo do tempo, influenciando, conseqüentemente, as competências sociais e cognitivas da criança. A ASD também considera as circunstâncias em que a família possui recursos insuficientes antes mesmo do nascimento da criança, o que pode afetar diretamente os padrões familiares de interação (risco ambiental) e, como consequência, impactar o desenvolvimento social e cognitivo da criança.

- Em terceiro lugar, a ASD requer a identificação dos recursos familiares, que, em muitos aspectos, determinam a disponibilidade para apoiar bons padrões familiares de interação.

Cada um desses três níveis possui diversos fatores de risco e de proteção interrelacionados, com influências recíprocas, proporcionando uma base para compreender o mecanismo no qual a Intervenção Precoce (EI - *early intervention*) opera e gera seus efeitos. Unindo esse conhecimento com a estrutura do ASD, propõe-se que a tarefa central da IP é estabelecer e restaurar os padrões de interação familiar ao melhor nível possível (GURALNICK, 2011).

A importância de obter um perfil de fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento infantil não deve ser subestimado, especialmente em casos de crianças com diagnóstico categórico, etiologia conhecida ou fatores de risco bem definidos. O conhecimento dos padrões ou perfis de desenvolvimento esperados para esse grupo de crianças pode dar clareza para preocupações específicas nesses casos, bem como destacar os pontos fortes do seu desenvolvimento. Certos fatores de risco e de proteção podem até indicar abordagens específicas para a intervenção, facilitando e otimizando todo o processo (GURALNICK, 2011).

A comunidade internacional já reconhece o valor da intervenção precoce para crianças e famílias em vulnerabilidade, estabelecendo uma estrutura e organizando iniciativas para países com níveis baixos e médios de recursos. Na seção a seguir descreve-se como ocorre a Vigilância do Desenvolvimento Infantil em alguns países, bem como no cenário nacional, e os programas, projetos e legislações envolvidos nesse processo. Além disso, descreve alguns estudos envolvendo as ações dos profissionais e o uso de instrumentos como ferramenta neste contexto.

1.1 Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Brasil e no Mundo

1.1.1 Vigilância do Desenvolvimento Infantil no mundo

A vigilância do desenvolvimento é parte essencial na atenção à infância, envolvendo atividades de promoção para um desenvolvimento saudável e a detecção precoce de atrasos, sendo esse um dos principais objetivos da atenção primária com relação à saúde infantil. Para uma implementação e intervenções adequadas na assistência à infância, é necessário que os profissionais possuam boa compreensão sobre a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor (REICHERT et al., 2015; VIEIRA et al., 2019; ZEPPONE et al, 2012).

Os estudos internacionais sobre a Intervenção Precoce enfatizam as características essenciais para as redes de atenção, incluindo a estrutura de um sistema de articulação entre os setores. Isso envolve a coordenação e integração dos serviços com as crianças e famílias durante o acompanhamento sistemático, o que aumenta as chances de detecção de risco para o Desenvolvimento Infantil (DI). Para realizar intervenções individualizadas e com abordagem sistêmica, onde a família participa ativamente, é necessário o fortalecimento do vínculo entre a família e os profissionais/serviços (GURALNICK, 2008; LARI, LOURENÇO, DELLA BARBA, 2018). O monitoramento é crucial para que o cuidado com a infância vá além de eliminar riscos ou impedimentos para o DI, promovendo um desenvolvimento pleno e oportunidades para cada criança (BARROS, COUTINHO, MENDONÇA, 2016; LARI, LOURENÇO, DELLA BARBA, 2018).

Nos Estados Unidos (EUA), existem registros muito antigos (1800) de iniciativas voltadas para parentalidade, sendo que entre 1920 e 1960 esses programas perderam um pouco a força. Ao final da década de 60, por meio do “Movimento de Apoio à Família”, esses programas assistenciais voltados para famílias em situação de vulnerabilidade foram retomados. Nesse momento, foram criados programas com características semelhantes aos programas atuais dos EUA e do Canadá. A partir dos anos 1990, os programas foram mais bem estruturados e padronizados (PERES, BAUER, 2018).

Seguindo essa linha de raciocínio e após o reconhecimento, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) junto com diversas produções científicas, da importância do papel da família nos programas voltados para o desenvolvimento infantil e no desenvolvimento das crianças em si, foi criada em 2002 pela OMS contando com uma equipe de especialistas, a metodologia *Care for Child Development (CCD)* - Cuidado para Desenvolvimento da Criança (CDC) (PERES, BAUER, 2018).

O CCD é uma metodologia para capacitar técnicos a trabalharem com as famílias e orientá-las em relação às práticas que estimulem um desenvolvimento infantil saudável em diversos aspectos para as crianças, baseando-se nas experiências e evidências disponíveis na época. Essa metodologia foi adotada também pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância (Unicef) e pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), sendo, então, difundida em diversos países do mundo, como por exemplo no Brasil, através do Programa Criança Feliz (PCF) (PERES, BAUER, 2018).

Na América Latina, esses programas surgiram principalmente após 1960, com foco na primeira infância e no papel da parentalidade, buscando a melhoria da qualidade de vida das crianças. Essas iniciativas foram inspiradas em modelos dos EUA, Europa e também em criações próprias de cada país. Dentre as diversas políticas e iniciativas latino-americanas, destacam-se o *Chile Crece Contigo* (Chile, 2003- segue em vigor), *De Cero a Siempre* (Colômbia, 2011- segue em vigor), *Cuna Más* (Peru, 2012- segue em vigor), *CENDI - Centros para o Desenvolvimento Infantil* (México- 1990), *Uruguay Crece Contigo* (Uruguai, 2012- segue em vigor) e o *Educa a tu Hijo* (Cuba, 1983- segue em vigor) (FMCSV, 2019; PERES, BAUER, 2018).

Na Espanha, foi criado o “Livro Branco da Intervenção Precoce” pelo G.A.T- “Grupo de Intervenção Precoce”. Este documento tem o objetivo de ser referência para os serviços públicos, profissionais, associações e famílias, superando a falta de coordenação das instituições, e que tenha a capacidade de resolver problemas organizacionais e de recursos. O G.A.T. conta com especialistas de diversas entidades e organizações que atuam com pessoas com deficiência. O documento, fruto de um grande esforço coletivo, visa garantir a melhoria da Intervenção Precoce (IP) e a qualidade de vida daqueles que mais precisam. Ele trabalha com a visão intersetorial na IP, unindo saberes da Saúde, Educação e Assistência Social unindo forças com um objetivo em comum. O documento também destaca a importância da adoção do trabalho de prevenção, detecção precoce de risco de deficiências, e intervenções para potencializar o desenvolvimento infantil (GAT, 2005).

Em um estudo realizado em Vancouver, Canadá, foi criada uma iniciativa chamada RICHER- *Responsive Interdisciplinary Child-Community Health Education and Research* (“Educação e Pesquisa em Saúde Infantil-Comunitária Interdisciplinar Responsiva”), que consiste em uma ação intersetorial e interdisciplinar de Atenção Primária em Saúde acessível à comunidade. Esse projeto foi desenvolvido em parceria com organizações comunitárias, com o objetivo de identificar lacunas na continuidade do cuidado em saúde prestado a crianças

consideradas “em risco” devido ao seu perfil de desenvolvimento e suas situações sociais, e suas famílias (WONG et al., 2012).

A RICHER tem como objetivo principal desfazer as barreiras sociais e estruturais que limitam o acesso e a promoção de cuidado na atenção primária e especializada em saúde para crianças em risco, no centro da cidade. Além de aumentar o acesso à saúde das crianças e famílias em risco e em vulnerabilidade socioeconômica, a RICHER também busca capacitar os pais e cuidadores dessas crianças para que eles possam se envolver mais ativamente nos cuidados, compreendendo as condições de saúde da criança, os recursos disponíveis e como acessá-los (WONG et al., 2012).

Com esse estudo, foi possível perceber a importância do processo de vigilância do desenvolvimento infantil no âmbito de uma abordagem integral. Durante os atendimentos de atenção primária em saúde, os profissionais puderam identificar atrasos no desenvolvimento de diversas crianças (WONG et al., 2012; VIEIRA et al., 2019).

1.1.2 Programas e legislações no Brasil

No Brasil, foram criadas algumas iniciativas para a atenção à infância, como a Rede Nacional da Primeira Infância (RNPI), que reuniu esforços da sociedade civil, redes privada, governo e demais iniciativas. Seu objetivo comum é promover e garantir os direitos da Primeira Infância para todas as crianças, sem nenhum tipo de discriminação. A RNPI participou da criação e da implementação do Plano Nacional pela Primeira Infância, aprovado em 2010, com metas a serem cumpridas até 2022. Entre 2019 e 2020 ele foi revisto e atualizado, compreendendo as legislações mais recentes sobre o assunto, e compõe agora metas até 2030 (BRASIL, 2020; FMCSV, 2019; SILVA, MARINI, DELLA BARBA, 2022; SILVA, 2022).

Ao longo da última década, diversos programas/iniciativas foram criados no Brasil em prol da Primeira Infância, nos âmbitos federal, estadual e também municipal. Alguns exemplos incluem a Rede Cegonha (2011), O Brasil Carinhoso (2012), a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (2009), o Primeira Infância Melhor (Rio Grande do Sul-RS 2003) Programa Primeira Infância Amazonense (2016), Programa família que acolhe (Boa Vista- RR 2013), Programa Mãe Paranaense (2012), Programa Mãe Coruja- PE (2007) (DELLA BARBA, 2015; LARI, LOURENÇO, DELLA BARBA, 2018; FMCSV, 2019; VERCH, 2017; PERES, BAUER, 2018). Infelizmente, nem todos se mantiveram através dos anos.

O programa Primeira Infância Melhor (PIM), criado no Rio Grande do Sul, teve como objetivo o desenvolvimento integral da criança e o fortalecimento dos vínculos familiares, sendo implementado em 246 municípios do estado. Os resultados satisfatórios do programa

serviram como base para a criação de diversos programas semelhantes nos estados do Paraná, Espírito Santo, Amazonas, Acre, Rondônia, Roraima, São Paulo e Ceará, tornando-se também uma lei estadual no RS, facilitando sua expansão pelo estado (VERCH, 2017; PERES, BAUER, 2018).

Em termos de políticas públicas e legislações, o Brasil criou a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC) em 2015, por meio da portaria nº 1.130. Essa política tem o propósito de fundamentar e garantir os direitos a saúde da criança do nascimento até os nove anos de idade. Além disso, foi estabelecida a Lei n. 13.257, conhecida como a lei do Marco Legal para a Primeira Infância, considerada uma das leis mais avançadas do mundo sobre políticas públicas para crianças de até seis anos de idade. Essa lei estabelece princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância no país, contribuindo também para o fortalecimento da atenção integral a saúde da criança. Apesar desses avanços relevantes, ainda é necessário unir esforços para que se reflitam na prática de um trabalho contínuo em rede na atenção na primeira infância, promovendo a vigilância e monitoramento do desenvolvimento infantil de forma articulada e intersetorial (DELLA BARBA, 2015; LARI, LOURENÇO, DELLA BARBA, 2018; FMCSV, 2019).

Um dos objetivos principais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) é a promoção de um desenvolvimento infantil pleno. Isso é realizado a partir da “Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral”, que consiste em monitoramento e vigilância do desenvolvimento da criança, com ênfase na primeira infância. Nesse contexto, a Caderneta da Criança, com seu preenchimento adequado, e o apoio e suporte familiar para fortalecimento de vínculo, tem um papel fundamental (BRASIL, 2018; BRASIL, 2020; VENANCIO, GRANGEIRO, 2021; LARI, LOURENÇO, DELLA BARBA, 2018).

Com a homologação do Marco Legal para a Primeira Infância em 2016, o Brasil tornou-se o primeiro país da América Latina a reconhecer a importância da primeira infância (Brasil, 2016, art.3; LARI, LOURENÇO, DELLA BARBA, 2018). Esse marco também destaca a qualificação e especialização dos profissionais como fator determinante para atuar em estratégias intersetoriais de monitoramento do DI, visando a promoção, proteção e prevenção da saúde da criança. Além da consolidação das práticas de atenção integral à saúde das crianças, outras iniciativas surgiram, e parcerias com instituições privadas e organizações não governamentais (ONG's) foram estabelecidas com o objetivo de aplicar recursos quando os

orçamentos governamentais não têm capacidade para tal (BRASIL, 2016; HECKMAN, 2010; LARI, LOURENÇO, DELLA BARBA, 2018).

Com a intenção de se fazer cumprir os pressupostos e avanços do Marco Legal, foi lançado também em 2016, no decreto nº 8.869 (alterado em 2018) o Programa Criança Feliz (PCF). Esse programa tem como objetivo promover um desenvolvimento integral da primeira infância, focando na família e em seus contextos, executado através de visitas domiciliares, com equipe intersetorial. O público-alvo do programa é composto por crianças e famílias em vulnerabilidade e com deficiências. Apesar da potencialidade do programa, estudos mostram que ele ainda não consegue cumprir seu objetivo no panorama nacional, atendendo apenas uma pequena porcentagem da população (SILVA, MARINI, DELLA BARBA, 2022; FMCSV, 2019; SILVA, 2022).

No estado de São Paulo, a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) realiza e apoia estratégias, como o Programa Primeiríssima Infância, implementado em parceria com seis municípios: Botucatu, Itupeva, Penápolis, São Carlos, São José do Rio Pardo e Votuporanga. O Programa apresentou resultados relevantes, o que levou a sua ampliação em 2012, tornando-se o Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância (SPPI), reconhecido como política pública (FMCSV, 2015 apud Della Barba, 2015b; LARI, LOURENÇO, DELLA BARBA, 2018).

Apesar dos inúmeros avanços e conquistas em termos de projetos e políticas públicas, na prática, o monitoramento do DI ainda se mostra deficitário. Isso ocorre porque ainda existe dificuldade em instalar um sistema padronizado que possibilite a sistematização do cuidado e monitoramento do DI no Brasil (BARROS, 2012; BARROS, COUTINHO, MENDONÇA, 2016; LARI, LOURENÇO, DELLA BARBA, 2018). Essa dificuldade se dá em diversos aspectos, como a formação e apropriação dos profissionais em relação ao assunto, dificuldade em colocar a intersetorialidade na prática, mantendo o padrão de ações individualizadas. Somado a isso, os avanços são relativamente recentes, o que faz com que a atenção à primeira infância ainda não tenha conseguido abranger o cenário nacional como um todo (SILVA, MARINI, DELLA BARBA, 2022; MARINI, BRAZ, DELLA BARBA, 2023; SILVA, VERISSIMO, MAZZA, 2015).

1.1.3 Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Brasil

No Brasil, desde 1984 existe a recomendação de se apoiar a vigilância do Desenvolvimento Infantil (DI). Em 1995, os marcos do desenvolvimento foram incluídos no Cartão da Criança, tornando seu preenchimento um ato normativo para registro da vigilância a

partir de 2004. Em 2005, ocorreu uma atualização e o Cartão da Criança se tornou a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), proporcionando mais informações para um acompanhamento integral da saúde da criança, mantendo como público-alvo as crianças de 0 a 5 anos. Em 2019, o Ministério da Saúde fez algumas alterações, e em 2021 ela foi lançada e amplamente disponibilizada como Caderneta da Criança (CC) com o público-alvo de crianças de 0 a 10 anos. Apesar de formalizar a vigilância do Desenvolvimento Infantil há 32 anos, mas ainda assim, sua realização é irregular (CAMINHA, COSTA et al, 2017; TEIXEIRA et al, 2023).

É importante destacar que devido às mudanças de nomenclatura e versão, alguns artigos da presente revisão se referem à Caderneta de Saúde da Criança (CSC) e outros mais recentes à Caderneta da Criança (CC), entretanto todos estarão descritos com o termo mais atual: Caderneta da Criança - CC.

Quando ocorreu a mudança na nomenclatura, de Cartão da Criança para Caderneta de Saúde da Criança (CSC), em 2005, muitos profissionais continuaram utilizando o nome antigo. Além da mudança de nomenclatura, houve também uma mudança significativa de conteúdo, já que o Cartão continha poucas informações sobre o desenvolvimento e nenhuma informação para os cuidadores da criança, sendo importante a apropriação do novo formato por parte dos profissionais (VIEIRA et al., 2019). A CC (neste momento ainda chamada de CSC), após suas adequações, tornou-se um instrumento que promove um atendimento longitudinal, eficiente e resolutivo do cuidado infantil. Por esse motivo, é imprescindível que seu uso e o registro de informações sejam feitos corretamente, propiciando assim seu potencial completo como um instrumento de vigilância do desenvolvimento infantil, proteção e promoção de saúde, e facilitando o envolvimento da família/cuidadores no cuidado, tornando-o assim integral (BARATIERI et al., 2014; VIEIRA et al., 2019).

A Caderneta da Criança (CC) publicada em 2021 pelo Ministério da Saúde conta com mudanças importantes em sua composição, como o fato de ter se tornado intersetorial. Seu foco não é mais exclusivamente na saúde, compreendendo seu uso em outras políticas públicas, com profissionais da assistência social e da educação. Além disso, complementando o conteúdo da CSC (versão antiga da CC), foi acrescentado também espaços a serem preenchidos a respeito de programas de assistência social, vida escolar, acompanhamento de rotina, e novos gráficos para crianças nascidas prematuras. Outra atualização foi a inclusão do instrumento M-CHAT R/F, utilizado para crianças de 16 a 30 meses com suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA), e uma sessão de orientação para os pais e cuidadores sobre os sinais do albinismo (BRASIL, 2022).

A Caderneta da Criança (CC) é o principal instrumento utilizado no Brasil para o acompanhamento infantil na atenção básica, onde os profissionais registram dados e eventos significativos para a saúde da criança. Embora seja um instrumento completo e de fácil utilização, não estabelece um protocolo específico de seguimento para os profissionais de saúde diante de alguma necessidade apresentada pela criança, como atraso no desenvolvimento (FIGUEIRAS et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2012). Ainda que de extrema importância, na prática este tema não é valorizado e investido pelo poder público e centros médicos educacionais, sendo possível observar o despreparo da classe médica, especialmente de pediatras, em reconhecer os fatores de risco e as alterações do desenvolvimento infantil (ZEPPONE et al., 2012).

É importante destacar que, em diversos estudos e análises sobre práticas e conhecimentos em relação ao monitoramento e à vigilância do desenvolvimento infantil em diferentes regiões do Brasil, foram identificados resultados preocupantes na formação e prática clínica, especialmente entre os pediatras (ZEPPONE et al., 2012).

De acordo com o estudo de revisão, feito por Zeppone et al. (2012), é necessária a inclusão dos temas “desenvolvimento e comportamento infantil” no currículo básico dos cursos de graduação em Medicina, na residência médica em Pediatria e na saúde da família, buscando melhorar a formação dos docentes com cursos de capacitação nessa área, promovendo a reciclagem com educação continuada para os pediatras que atuam na atenção primária à saúde, assim como investir na divulgação e na distribuição do manual do Ministério da Saúde e, principalmente, combater a desnutrição, a pobreza e a falta de assistência médica e educacional, que são importantes fatores de risco para atrasos no desenvolvimento. O estudo de Della Barba (2007) também trouxe conclusões semelhantes ao analisar o currículo e realizar entrevistas com estudantes de residência de Pediatria no estado de São Paulo.

A Caderneta da Criança tem se mostrado fundamental para o trabalho das equipes de saúde da Atenção Primária no acompanhamento do Desenvolvimento Infantil, promovendo os cuidados necessários para o desenvolvimento pleno e saudável das crianças (VENANCIO, GRANGEIRO, 2021). Além disso, a estratégia da AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) incorporou práticas para a avaliação do desenvolvimento infantil em 2005, com a criação do Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no contexto da AIDPI.

O manual tem como objetivo analisar a passagem das crianças por várias etapas de desenvolvimento e apresenta uma proposta de seguimento caso a criança apresente algum

atraso. Sua primeira experiência foi em Belém - PA, onde foi demonstrado o sucesso do instrumento, pois foram encaminhadas mais de 1200 crianças para serviços especializados pós detecção de alteração do Desenvolvimento, graças ao seu uso. No entanto, ainda existem poucos estudos publicados sobre a aplicação deste instrumento (FIGUEIRAS et al., 2010; FELISBERTO et al., 2002; VIDAL et al., 2003; SANTOS et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2012).

Um diferencial importante do manual da AIDPI é sua ampla listagem de fatores de risco, incluindo fatores ambientais. Entre os fatores de risco mencionados estão o convívio da criança com alguém que tenha problemas emocionais, comportamento agressivo ou problemas com álcool/drogas. Essa abordagem mais abrangente considera não apenas os aspectos biológicos, mas também os contextos sociais e ambientais que podem influenciar o desenvolvimento infantil (MAIA, WILLIAMS, 2005; FIGLIE et al., 2004; MENGEL, LINHARES, 2007; ANDRADE et al., 2005; HALPERN, FIGUEIRAS, 2004; BALTIERI et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2012).

Diferentemente do AIDPI, a CC não leva em consideração fatores de risco ao Desenvolvimento Neuropsicomotor, aspecto essencial para o monitoramento do desenvolvimento infantil. Apesar disso, a CC é extremamente importante na gestão do cuidado infantil, uma vez que permite o registro e o acompanhamento do desenvolvimento. Infelizmente muitas vezes esses registros são feitos de forma incorreta, apenas considerando dados referentes à vacinação e negligenciando outras informações imprescindíveis, como por exemplo, como os marcos do desenvolvimento (FIGUEIRAS et al., 2010; ALVES et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2012).

Por serem complementares, uma das mudanças da CC realizadas pelo Ministério da Saúde em 2010 foi a incorporação da AIDPI na CC. No entanto, como mencionado, sua efetividade muitas vezes é comprometida devido à falta de treinamento adequado para os profissionais, resultado em registros superficiais e pouca melhoria no envolvimento das famílias (DELLA BARBA et al., 2016).

A escassez de instrumentos padronizados no Brasil para diagnóstico e acompanhamento infantil, destaca a importância de desenvolver ferramentas que estejam alinhadas com a realidade sociocultural do país. Embora existam escalas e instrumentos internacionais disponíveis, a validação e padronização de ferramentas nacionais são cruciais para garantir que sejam eficazes e confiáveis na avaliação do desenvolvimento infantil nas condições específicas do Brasil. Mesmo o Manual AIDPI sendo um instrumento brasileiro de acompanhamento do

desenvolvimento infantil, carece de pesquisas de padronização, validação e uso (VIEIRA et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2012).

O estudo de Teixeira et al (2023), ao realizar uma revisão de escopo sobre a produção científica sobre a CC entre 1990 e 2021 no Brasil, destaca a relevância desse instrumento no cuidado à infância. Os resultados encontrados indicaram que metade dos artigos utilizaram a CC como fonte de dados (especialmente de vacinação), e a outra metade como objeto de estudo. A conclusão de que a CC possui grande potencialidade no cuidado à infância, mas ainda precisa ser mais bem implementada, compreendida e aplicada em diversos contextos, está alinhada com as observações feitas na presente revisão bibliográfica. A ênfase na necessidade de uma melhor compreensão e aplicação da CC nos contextos de formação profissional destaca a importância da capacitação adequada dos profissionais de diversas áreas para otimizar o uso desse instrumento, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida, acompanhamento infantil e redução da mortalidade infantil.

1.1.4 Uso da Caderneta da Criança pelos profissionais da Saúde

Figueiras et al. (2003) realizaram uma pesquisa com o objetivo de avaliar os conhecimentos e práticas relacionados à vigilância do desenvolvimento infantil de 160 profissionais que trabalham na atenção primária, em Belém, Pará. Foram selecionados 40 médicos e 40 enfermeiros de Unidades Municipais de Saúde (UMS), e 40 médicos e 40 enfermeiros do Programa da Família Saudável (PFS). Foi aplicado um teste objetivo sobre os conhecimentos do assunto, onde a porcentagem de acerto foi de 63,7% para médicos das UMSs, 57,3% para os médicos do PFS, 62,1% para os enfermeiros do PFS e 54,3% para os enfermeiros das UMSs. Realizou-se também uma avaliação da prática desses profissionais, onde 21,8% das mães informaram que foram indagadas sobre o desenvolvimento dos filhos, 27,6% em que o profissional perguntou ou observou o desenvolvimento da criança, e 14,4% em que receberam orientação sobre estimulação das crianças. A pesquisa concluiu que os médicos e enfermeiros da atenção primária de Belém apresentam déficits nos conhecimentos a respeito do desenvolvimento infantil, e que a vigilância do desenvolvimento não é realizada de forma satisfatória, sendo necessária capacitação e sensibilização dos profissionais sobre esse assunto.

Em uma pesquisa realizada em Cuiabá-MT com profissionais da rede básica de saúde, foi possível perceber que os enfermeiros e médicos continuam fazendo um uso limitado da CC, fazendo registros apenas do crescimento e vacinação. Infelizmente esse uso incompleto do instrumento compromete o cuidado integral da criança e a continuidade dos atendimentos entre diferentes profissionais e serviços (BLANCO e SILVA, GAÍVA, 2018; VIEIRA et al., 2019).

Paixão, Costa e Vieira (2022) fizeram uma pesquisa no estado do Pará com o objetivo de descrever e analisar atividades dos estudantes de Terapia Ocupacional (TO) em um projeto Multicampi de Saúde da Criança, com as mães e crianças no contexto da Atenção Básica, pautados pela Caderneta da Criança (CC). O estudo concluiu sobre a importância da TO no contexto da Atenção Básica e de sua contribuição nas equipes multiprofissionais, e nas possibilidades de ações que a CC proporciona, como por exemplo consulta de vigilância do desenvolvimento, orientações, educação em saúde e visitas domiciliares.

Conforme descrito anteriormente, evidencia-se a existência de diversas iniciativas e legislações no Brasil relacionadas a Vigilância do DI. Entre elas, destaca-se a importância do uso de instrumentos como ferramenta para auxiliar a prática dos profissionais, especialmente a Caderneta da Criança. Contudo, mesmo diante desses progressos e dos esforços de várias instituições, o panorama nacional revela-se ainda consideravelmente deficitário nesse contexto. Poucas famílias e crianças de fato tem acesso a esses atendimentos, enquanto os principais instrumentos disponíveis são utilizados de maneira superficial.

Sendo assim, torna-se evidente a necessidade de ações voltadas para a implementação e uso desses instrumentos, bem como para capacitar os profissionais a se apropriarem mais profundamente desse assunto e compreenderem a importância desses aspectos em suas práticas nos serviços. Neste contexto, surgiu a motivação para a concepção do instrumento desta pesquisa, com o propósito de apoiar os profissionais das diversas áreas que atuam com a infância, fornecendo uma ferramenta simples, de rápida aplicação e que abranja diversos aspectos da vida da criança e da família.

1.2 Criação do instrumento

Nessa seção está descrito todo o processo de criação do instrumento, desde sua idealização até a sua construção, realizado na pesquisa de Iniciação Científica entre 2019 e 2020.

Como já introduzido anteriormente, o trabalho “Concepções sobre risco ao desenvolvimento infantil de uma equipe de profissionais que atua na primeira infância” (FRANCO, DELLA BARBA, 2019), evidenciou em seus resultados uma grande lacuna na forma que o cuidado à primeira infância é tratado no município estudado: os profissionais não se baseiam em referencial teórico e não usam nenhum instrumento específico para avaliação de risco para o desenvolvimento infantil. Como mostrado na pesquisa, a literatura enfatiza a importância do uso de instrumentos para sistematizar os processos de avaliação e também para embasamento teórico dos profissionais com relação às concepções de risco que eles trabalham,

já que sua visão ainda permanece superficial, as ações individualizadas e não realizadas de forma intersetorial como são as novas políticas públicas referentes ao cuidado da primeira infância. Além da pesquisa evidenciar essa lacuna na atenção infantil, gerou também o ímpeto de criação de um instrumento, na tentativa de amenizar essa necessidade.

A concepção de desenvolvimento infantil utilizada para embasar a pesquisa fundamenta-se na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, elaborada por Bronfenbrenner (1979). Essa teoria sugere um modelo de desenvolvimento infantil baseado nos processos de interação complexa, recíproca e progressiva entre a criança e o ambiente. Para explicar essas relações e sua influência no Desenvolvimento Humano, Bronfenbrenner desenvolveu um modelo composto por quatro sistemas inter-relacionados: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo, conhecido por “Modelo PPCT” (ASSIS et al, 2021).

O primeiro conceito (processo) refere-se aos processos proximais que ocorrem na interação recorrente e ao longo de um extenso período de tempo, entre a pessoa, um organismo humano biopsicológico ativo e o objeto (ASSIS et al, 2021; BRONFENBRENNER, MORRIS, 1998; TUDGE, 2012).

O segundo conceito é relacionado à pessoa, descrita seguindo três tipos de características: de demanda, que se refere às características de estímulo imediato para outras pessoas, como a idade, gênero, aparência física e etc.; de recurso, referente às questões nem sempre percebidas facilmente por outras pessoas, como recursos cognitivos e emocionais (experiências vividas, capacidade cognitiva, e etc.), e recursos sociais e materiais (condição socioeconômica, acessos à educação, moradia, relações familiares e etc.); e de força, relacionadas à persistência, motivação e características temperamentais (ASSIS et al, 2021; TUDGE, 2012).

O terceiro conceito, Contexto, abrange quatro sistemas inter-relacionados que compõem o ambiente de um indivíduo: o microsistema, que é o ambiente imediato em que a criança vive; o mesossistema, que inclui o conjunto de microsistemas em que uma pessoa integra e descreve as inter-relações entre eles (a relação da família com a instituição de educação infantil, por exemplo); o macrosistema, que envolve a sociedade, incluindo valores culturais e descreve as condições econômicas sob as quais as famílias vivem; e o exossistema, que tem efeito indireto no resultado do desenvolvimento de um indivíduo e constitui cenário em que o indivíduo não participa ativamente (o local de trabalho dos pais, por exemplo). As interrelações entre esses ambientes permitem examinar como os padrões de interações nos sistemas se influenciam e afetam os resultados do desenvolvimento dos indivíduos. Sendo assim, o desenvolvimento humano caracteriza-se pela interação entre os processos de mudança e de continuidade ao longo

das várias fases do ciclo vital (ASSIS et al, 2021; BARRETO, 2016; BENETTI et al, 2013; LEONARD, 2011; SOUZA et al, 2020; BRONFENBRENNER, 1979).

O quarto conceito, Tempo, é dividido em três temporalidades diferentes: microtempo, o que acontece em determinado momento; mesotempo, que envolve o cotidiano; e macrotempo ou cronossistema, que envolve o tempo histórico (ASSIS et al, 2021; BRONFENBRENNER, MORRIS, 1998; TUDGE, 2012).

É possível estabelecer um paralelo e identificar no instrumento questões que podem ser relacionadas com a Pessoa e com o Contexto do “Modelo PPCT”. Essas questões abordam principalmente as características de recursos da pessoa, e os quatro sistemas do Contexto. Relacionado ao Microsistema, o instrumento inclui questões que abordam o ambiente em que a criança está inserida; no Mesosistema, considera as relações entre a família e a vida escolar; no Macrosistema, aborda questões relacionadas às condições econômicas da família; e no Exossistema, inclui questões sobre o trabalho dos pais, por exemplo.

O estudo baseou-se na concepção de valorização e compreensão das relações entre a criança e a família com o ambiente, fundamentando-se em Franco (2015) para explorar os fatores de risco para o Desenvolvimento Infantil e reforçar a importância de realizar a Intervenção Precoce. Franco (2015) destaca o uso de instrumentos para auxiliar a sistematizar informações, proporcionando uma visão mais ampla e real da situação da criança e da família, abordando fatores de risco biológicos, familiares e ambientais.

Os conceitos adotados para o instrumento foram inspirados no ODIP- Organização Diagnóstica em Intervenção Precoce, criado por Franco e Apolônio (2010). Além de contribuir para a criação do instrumento, Franco (2015) foi uma referência significativa ao enfatizar o valor da Intervenção Precoce, da vigilância do Desenvolvimento Infantil, da ação conjunta da equipe multiprofissional e na criação de instrumentos abrangentes e que permitam a sistematização e a atenção aos fatores de risco para o desenvolvimento que afetam as crianças e famílias.

A Rede Nacional da Primeira Infância (2015) destaca que a intersetorialidade propõe uma nova maneira de lidar com os problemas, partindo da visão holística da criança como pessoa, cidadã e sujeito de direitos. Isso vai além da visão fragmentada em várias áreas de intervenção, valorizando o conhecimento especializado e a sua articulação em um projeto conjunto, em um plano integrado de atenção integral. Embora a atenção à infância tenha sido historicamente centrada na área da Saúde, estudos e políticas públicas, incluindo a Rede nacional da primeira Infância, enfatizam a importância de promover ações intersetoriais. O instrumento foi

desenvolvido seguindo esses referenciais, destinando-se a profissionais dos serviços de Assistência Social, Educação e Saúde que atendem à primeira infância, com o objetivo de promover ações cada vez mais completas e integradas.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é descrever a criação de um instrumento (“check list”) que auxilie na avaliação de risco realizada pelos profissionais das três áreas trabalhadas no estudo: assistência social, educação e saúde. O instrumento deverá ser comum às três áreas, e facilitar tanto a observação e avaliação da criança e da família, quanto os encaminhamentos posteriores, caso seja identificado algum atraso ou alteração no desenvolvimento infantil que necessite de maior atenção.

Para a criação do instrumento (“check list”) foi realizada uma revisão da literatura com busca mais específica para instrumentos de avaliação intersetoriais no portal Capes, bem como a leitura de artigos da área.

Durante o processo, foram analisados alguns instrumentos de avaliação na infância já existentes, como:

- **M-CHAT** (Modified Checklist for Autism in Toddlers): Específico para rastreamento precoce de autismo, para crianças de 18 a 24 meses, autoaplicável e respondido pelos pais/responsáveis, consiste em 23 questões a serem assinaladas sim ou não (LOSAPIO, PONDE, 2008);
- **ASQ** (Ages and Stages Questionnaires): Instrumento de acompanhamento do desenvolvimento infantil para crianças de 1 a 66 meses, composto por 21 questionários com 30 itens cada dividido entre 5 áreas do desenvolvimento, destinado aos pais e cuidadores (SQUIRES, BRICKER, 2009; RAMOS, DELLA BARBA, 2021);
- **SWYC** (Survey of Wellbeing of Young Children); Voltado ao monitoramento do desenvolvimento infantil para crianças de até 65 meses, contém 40 questões fechadas a serem respondidas por profissionais da educação e saúde (SWYC, 2013; MOREIRA et al. 2019);
- **PEDS** (Parents’ Evaluation of Developmental Status): Focado nas preocupações e observações dos pais com relação ao desenvolvimento infantil, composto por 10 questões para crianças de até 8 anos de idade (COX et al, 2010; PEDSTEST,2024).

Além dos instrumento analisados individualmente, também foram lidos artigos que tratam sobre o uso de instrumentos no Brasil. Madaschi et al (2016) conduziram um estudo com o objetivo de avaliar as propriedades psicométricas do instrumento Bayley III em sua versão

adaptada ao Brasil. Este instrumento mostrou-se crucial e útil para auxiliar estudos na comparação de crianças com desenvolvimento típico e aquelas com riscos para o desenvolvimento ou com condições clínicas adversas que possam afetar esse processo. Esse estudo contribuiu significativamente em termos de avaliações do desenvolvimento infantil no Brasil, onde há escassez de instrumentos validados, reforçando a importância de pesquisas e trabalhos nessa área. Santos et al (2008) complementam que, devido a falta de instrumentos validados para a realidade brasileira, muitos profissionais acabam utilizando instrumentos com padrões e referências de outros países, o que pode resultar em resultados e comparações inadequados para a população em que as avaliações são aplicadas.

Diversos testes e instrumentos têm sido utilizados no Brasil, com destaque para os testes Denver II e AIMS, ambos empregados para o acompanhamento do desenvolvimento infantil típico, mas também aplicáveis para avaliação de desvios no desenvolvimento. Além de sua fácil aplicação e compreensão, esses testes também são conhecidos por sua rápida execução. No entanto, como todos os instrumentos, apresentam limitações, como sensibilidade em algumas idades e à sua adequação. Portanto, é crucial ponderar as vantagens e desvantagens do teste, a sua adequação à população-alvo e os objetivos dessa avaliação antes de escolher um instrumento (SANTOS et al, 2008).

A importância de obter um perfil de fatores de risco e proteção para o desenvolvimento infantil não deve ser subestimada, especialmente em casos de crianças com diagnóstico categórico, etiologia conhecida ou fatores de risco bem definidos. O conhecimento dos padrões ou perfis de desenvolvimento esperados para esse grupo de crianças pode dar clareza para preocupações específicas, bem como evidenciar os pontos fortes do seu desenvolvimento. Certos fatores de risco e de proteção podem inclusive indicar abordagens específicas para intervenção, facilitando e otimizando todo o processo (GURALNICK, 2011).

A comunidade internacional já reconhece o valor da intervenção precoce para crianças e famílias em vulnerabilidade, estabelecendo uma estrutura e organizando iniciativas para países com níveis baixos e médios de recursos (World Health Organization & UNICEF, 2012, apud GURALNICK, 2015).

A partir do processo com o conteúdo teórico (revisão da literatura, leitura e análise de instrumentos já existentes, e releitura dos resultados do estudo “Concepções sobre risco ao desenvolvimento infantil de uma equipe de profissionais que atua na primeira infância”, projeto 2018/18982-8, de 11/06/2019 a 31/12/2019 (FRANCO, DELLA BARBA, 2019)), iniciaram-se uma série de experimentações relacionadas à forma e às perguntas do instrumento. O objetivo

era alcançar um formato adequado para o objetivo do instrumento: avaliação e monitoramento de risco para o desenvolvimento infantil, tornando-o acessível aos profissionais e serviços, completo e de fácil entendimento e aplicação.

1.2.1 Primeira versão

A primeira versão do instrumento foi estruturada dividindo as perguntas por área profissional, da mesma forma que foi feito no trabalho inicial. Utilizando como base para as questões as falas dos profissionais sobre os riscos para desenvolvimento infantil presentes nas áreas da Saúde, Educação e Assistência Social. Optou-se por uma estrutura dicotômica, com perguntas de “sim e não”, inspirada na leitura de artigos sobre o tema e da análise de instrumentos utilizados para a infância. Dessa maneira, procurou-se criar um instrumento acessível e de fácil uso para os profissionais. Os questionários dicotômicos têm como vantagem a reduzida possibilidade de erro nas respostas, objetividade e a aplicação rápida e fácil, razões pelas quais foram escolhidos para estruturar o instrumento (MATTAR, 2008 apud HORA et al., 2010).

As questões do instrumento foram elaboradas com base nas falas da entrevista e nas transcrições dos profissionais analisadas no estudo de 2019, referentes à avaliação de riscos e aos principais “sinais” ou pontos a serem observados em suas práticas. Dessa forma, o instrumento foi concebido considerando os profissionais e a população previamente abordados (FRANCO, DELLA BARBA, 2019).

1.2.2 Segunda versão

A segunda versão do instrumento foi criada ainda no estudo da IC (projeto 2018/18982-8), seguindo os conceitos de fator de risco de Franco (2015). Os fatores de risco para o desenvolvimento infantil foram divididos em três categorias: biológicos (que compreendem a fase pré-natal, perinatal, pós-natal e outros); familiares (que abrangem características dos pais, da família, estresse durante a gravidez, nos períodos neonatal e pós-natal); e ambientais (que incluem o contexto ambiental como fator de estresse e fatores de exclusão social da família).

1.2.3 Terceira versão

Na terceira versão, após novos ajustes e organização do questionário realizada pela pesquisadora e orientadora, o instrumento foi submetido à avaliação de especialistas. Nessa versão foram incluídos também alguns dados sobre o profissional, a criança e a família atendida, além do score e do resultado final do teste. O instrumento aborda três grandes eixos de fatores de risco: fatores biológicos, fatores ambientais e fatores familiares/sociais. Composto por 28

questões de resposta “sim” ou “não” a serem assinaladas pelos próprios profissionais, e ao final uma questão aberta a respeito de uma possível ação interdisciplinar a ser tomada após o resultado do teste. As questões têm pontuação 1 ou 0, sendo que, ao final, as perguntas devem ser pontuadas. Dependendo do número total de pontos, o resultado pode ser classificado em “baixo risco”, “risco intermediário” e “alto risco”, com sugestões de ações a serem tomadas a depender do resultado do teste. No entanto, compreende-se que para estabelecer níveis de risco e um resultado mais consistente são necessários mais testes e análises, ficando essa demanda para trabalhos futuros.

Mais detalhes sobre o processo de criação do instrumento foram retratados no artigo “Processo de criação de um instrumento intersetorial para detecção de risco para o Desenvolvimento Infantil”, disponível no ANEXO A.

1.3 Método de análise do instrumento

O método de análise escolhido para avaliar a terceira versão do instrumento durante a iniciação científica foi a validação de conteúdo. Nesse método, um comitê de especialistas, também chamados de “juízes” ou “*experts*”, avalia o instrumento quanto ao conteúdo das questões, sua relevância, a clareza da linguagem direcionada ao público-alvo e fornece comentários e sugestões para aprimoramento do instrumento (SABINO, 2016; ALEXANDRE, COLUCI, 2011).

Para realizar a validação de conteúdo, foram selecionados nove profissionais especialistas no assunto para responderem o questionário de avaliação. Desses, seis foram selecionados a partir da busca no Lattes com os descritores: risco/desenvolvimento infantil/terapia ocupacional. Essa busca resultou na escolha de seis professoras universitárias de Terapia Ocupacional, cujos currículos e áreas de atuação têm relação com o tema da pesquisa e do instrumento. Os outros três profissionais foram sugeridos pela orientadora por pesquisarem e trabalharem também na mesma área.

De acordo com Alexandre e Coluci (2011), foi enviado um convite a todos os membros do comitê de juízes especialistas, acompanhado de uma carta explicativa sobre a pesquisa e o instrumento. Essa carta abordava a relevância dos conceitos envolvidos, o objetivo do estudo, a descrição do instrumento, suas bases conceituais e teóricas, o público-alvo e o contexto no qual o estudo se insere.

Os profissionais receberam uma ficha de avaliação que continha cada questão do instrumento, seguida das opções a serem assinaladas com relação a pertinência e a

compreensibilidade de cada questão. Também havia uma questão aberta para sugestão e/ou comentário sobre cada pergunta (SABINO, 2016).

A porcentagem de consenso/concordância adotada como média varia entre os autores, para essa pesquisa optou-se por utilizar 80% como medida de concordância (ALEXANDRE, COLUCI, 2011).

Após a análise quantitativa, observou-se que quatro questões não alcançaram a porcentagem de concordância de pertinência (ficando abaixo de 80% de concordância), enquanto seis questões não atingiram a porcentagem de concordância de compreensão. Conseqüentemente, essas questões passaram por alterações e correções durante a avaliação qualitativa.

Durante a análise quantitativa e a revisão das porcentagens de concordância das questões, cada uma delas foi avaliada considerando os comentários e sugestões dos especialistas. Quando necessário e pertinente, as questões foram ajustadas para cumprir melhor seu objetivo. Esse processo resultou na criação de uma nova versão do instrumento, denominada Versão Final, incorporando as alterações sugeridas.

Quadro 1 - Versão Final IC

INSTRUMENTO FATORES - Versão Final IC

Nome do profissional: _____ Data da avaliação: _____
 Serviço de atuação: _____
 Nome da criança: _____ Data de nascimento: _____ Idade: _____
 Escolaridade da criança: _____
 Nome do responsável: _____ Escolaridade do responsável: _____

FATORES BIOLÓGICOS (9)		
Sobre o histórico familiar da criança: Alguém da família teve/tem alguma doença genética e/ou crônica?	Sim 0	Não 1
A criança nasceu de parto a termo?	Sim 1	Não 0
Houve alguma intercorrência/adoecimento com a mãe ou com o bebê no período gestacional?	Sim 0	Não 1
A mãe fez o pré-natal de forma adequada?	Sim 1	Não 0
A criança nasceu com peso e tamanho compatível com sua idade gestacional?	Sim 1	Não 0
A mãe ou a criança tiveram alguma complicação no parto ou parto?	Sim 0	Não 1
A criança apresenta desenvolvimento compatível com sua idade?	Sim 1	Não 0

A criança está com o calendário vacinal completo?	Sim 1	Não 0
A criança apresenta peso e tamanho adequados para sua idade?	Sim 1	Não 0
FATORES AMBIENTAIS (10)		
A família é beneficiária de algum programa de auxílio de renda do governo?	Sim 1	Não 0
A criança mora com mais de 5 pessoas na casa?	Sim 0	Não 1
Na residência que a criança mora existe conflitos entre os moradores?	Sim 0	Não 1
A família/criança vive em condições de moradia, de higiene e/ou alimentação adequadas?	Sim 1	Não 0
A criança sofre/sofreu algum tipo de violência (física, verbal, psicológica, sexual ou negligência)?	Sim 0	Não 1
Alguém da família sofre/sofreu violência (violência física/verbal/psicológica/sexual)?	Sim 0	Não 1
Os pais ou responsáveis pela criança trabalham?	Sim 1	Não 0
A criança faz ou já precisou fazer algum tipo de atividade para gerar renda para a família?	Sim 0	Não 1
A renda familiar é suficiente para as necessidades básicas da família (alimentação e moradia, necessidades educacionais, transporte)?	Sim 1	Não 0
A criança frequenta serviços de saúde, educação, lazer, assistência social?	Sim 1	Não 0
FATORES FAMILIARES/SOCIAIS (9)		
Você tem conhecimento sobre queixas/comentários sobre a criança ter um comportamento diferente das demais crianças com quem se relaciona?	Sim 0	Não 1
A criança se mostra confortável com o ambiente escolar?	Sim 1	Não 0
A criança tem dificuldades de aprendizagem?	Sim 0	Não 1
A criança já foi/vai no serviço com sinais de negligência e/ou violência? (sem uniforme/uniforme ou roupa sujos; sem higiene básica; com muita fome; dor e/ou machucados)	Sim 0	Não 1
A família tem participação ativa na escola (diálogo/parceria/fácil acesso dos professores)?	Sim 1	Não 0
A criança estabelece vínculos com adultos familiares e não familiares e/ou outras crianças?	Sim 1	Não 0

A criança apresenta algum tipo desses comportamentos emocionais (choro intenso, agressividade, apatia, agitação, prostração)?	Sim 0	Não 1
A criança tem boa relação com os familiares e/ou responsáveis?	Sim 1	Não 0
Os pais ou responsáveis tem problemas de uso excessivo de álcool e/ou outras drogas?	Sim 0	Não 1
TOTAL DE PONTOS:		
Nível de risco:		
Qual ação intersetorial seria possível realizar para que a criança e a família tenham seu risco reduzido?		

SCORE- quanto maior a pontuação, menor o risco- 28 questões= 28 pontos

ALTO RISCO	RISCO INTERMEDIÁRIO	BAIXO RISCO
De 0 a 3 pontos por fator (no máximo 9 pontos totais)	4 a 6 pontos por fator (10 a 18 pontos totais)	7 ou mais pontos por fator (mais de 19 pontos totais)

BAIXO RISCO- Fator com 7 ou mais pontos= orientação para ações afim de melhorar e/ou prevenir algum possível risco e manter a família e a criança em ações e encontros periódicos nos serviços.

RISCO INTERMEDIÁRIO- Fator com 4 a 6 pontos= maior atenção com a família e criança dos setores competentes e orientações para melhorar e/ou prevenir maiores riscos.

ALTO RISCO- Fator com 0 a 3 pontos = notificação para os serviços que atendem a família e a criança para investigação da situação e ações imediatas voltadas aos riscos detectados.

OBSERVAÇÃO: Caso alguma questão relacionada à violência seja confirmada deve-se entrar em contato com os serviços de denúncia e proteção da criança de imediato.

O presente estudo de mestrado é um desdobramento de uma pesquisa anterior que envolveu entrevistas e análise de documentos com o objetivo de compreender como os profissionais da área da saúde, educação e assistência social percebem e reconhecem o risco para o desenvolvimento infantil em suas práticas, e como são as ações adotadas após esse processo. As questões do instrumento foram elaboradas com base nos resultados obtidos nessa pesquisa anterior, considerando a forma de atuação desses profissionais, sendo direcionado ao contexto e ao público-alvo específico.

Durante o processo inicial de avaliação e validação realizado pelos profissionais selecionados, identificou-se uma falha de comunicação na forma que o questionário foi enviado e o procedimento explicado. Isso resultou na não resposta de Pertinência e Compreensão de todas as questões pelos participantes. Assim, foram necessárias adaptações na metodologia para gerar os resultados quantitativos. Na avaliação qualitativa, foram recebidas várias sugestões e comentários significativos, que contribuíram substancialmente para a criação de uma nova

versão do instrumento, tornando-o mais preciso e coerente com os termos e políticas atuais a respeito do desenvolvimento infantil. Os profissionais consultados demonstraram grande interesse com a criação desse instrumento, destacando sua importância e relevância para a área. Dessa forma, os resultados obtidos corroboram com os estudos que indicam que escalas com evidências de validade e precisão são importantes para avaliação do desenvolvimento infantil, destacando ainda a carência de instrumentos nacionais padronizados específicos para a primeira infância (MADASCHI, 2016).

1.4 Justificativa

A validação de um instrumento recém-desenvolvido é processo contínuo que envolve varios esforços de pesquisa. Esse trabalho é crucial pois permite confiar no que o instrumento está avaliando (BENSON, CLARCK, 1982). O estudo intitulado “Concepções sobre risco ao desenvolvimento infantil de uma equipe de profissionais que atua na primeira infância” (FRANCO & DELLA BARBA, 2019, projeto 2018/18982-8) destacou a importância desse tipo de material, servindo como ponto de partida para a criação e validação do instrumento em questão. As etapas seguintes necessárias para que o instrumento possa ser divulgado e utilizado são: avaliação do instrumento pelo seu público-alvo, ou seja, profissionais das áreas da saúde, educação e assistência social para conferir se o instrumento está adequado, e, posteriormente, seu uso em suas práticas para ver a real funcionalidade do teste.

No estudo de 2019, foi possível criar um instrumento piloto, a partir de pesquisas teóricas e entrevistas com profissionais da Saúde, Educação e Assistência Social. Esse instrumento, organizado em forma de *checklist*, avalia o risco para o desenvolvimento infantil, abordando fatores ambientais, biológicos e familiares/sociais. Utilizando respostas de “sim” e “não” com pontuação de “0” e “1”, a serem assinaladas pelos profissionais e posteriormente contadas, gerando um “score” e um nível de risco (baixo, médio ou alto). Embora o estudo tenha iniciado um primeiro processo de validação do instrumento piloto, são necessários outros processos para consolidar e validar completamente o instrumento.

Além disso, acredita-se que este instrumento em questão apresente diferenciais importantes. Muitos instrumentos existentes atualmente são extensos, exigindo formação específica para os profissionais, além de demandarem muito tempo para serem aplicados. O presente instrumento destaca-se por ser de aplicação rápida e fácil, podendo ser concluído em 10 a 15 minutos, tornando-se prático para o uso nos serviços. Além disso, um grande avanço que ele apresenta é o fato de ser intersetorial, podendo ser utilizado por diferentes profissionais.

Ainda, ele aborda, em um só instrumento, diversos aspectos de extrema importância a serem investigados quando se trata da detecção de risco e/ou de atraso no Desenvolvimento Infantil.

Quanto às contribuições para a Terapia Ocupacional, destaca-se a possibilidade de terapeutas ocupacionais desenvolverem ações de formação e capacitação das equipes intersetoriais para o trabalho de acompanhamento e monitoramento do DI na primeira infância. Além disso, contribuir para favorecer a compreensão e a identificação de situações de vulnerabilidade vivenciadas pelas crianças e suas famílias, levando esta temática para o centro da atenção multiprofissional ao DI. Na prática dos serviços, os terapeutas ocupacionais podem utilizar o conhecimento prévio e o instrumento para promover atendimentos mais abrangentes, colaborando na articulação com a equipe, e fomentando uma abordagem integrada da criança e da família. Segundo Benson e Clarck (1982) os instrumentos desenvolvidos no campo da Terapia Ocupacional, são necessários em todas as áreas da prática, o que torna este, e todos os trabalhos nessa área, cada vez mais necessários e importantes.

1.5 Objetivos

O objetivo do presente estudo é iniciar o processo de validação do instrumento intersetorial para detecção de risco para o desenvolvimento infantil.

Como objetivos específicos, destacam-se:

- Realizar a análise do instrumento piloto (criado na pesquisa de Iniciação Científica, projeto 2018/18982-8).
- Realizar o desdobramento cognitivo e o Pré-Teste do instrumento final pelo público-alvo.
- Criar um protótipo de uma versão digitalizada do instrumento final, buscando aumentar a praticidade e agilidade na sua aplicação.

2 METODOLOGIA

2.1 Delineamento do estudo

O presente estudo segue uma abordagem metodológica quantitativa, caracterizada por (1) investigação e teste de teorias, (2) organização e análise de dados e (3) validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa. Esse tipo de estudo visa viabilizar um instrumento, garantindo que ele consiga medir o que propõe de maneira válida e confiável, bem como assegurar que sua utilização passível de replicação (BASTINI, 2018; KOIZUMI, 1992). O estudo foi dividido em três etapas: avaliação do instrumento pelos experts, desdobramento cognitivo e consultoria com especialistas, e pré-teste. Resumidamente, na primeira etapa, especialistas da área foram consultados para avaliar a compreensão e pertinência das questões do instrumento. Na etapa posterior, o instrumento passou por uma análise de compreensão e avaliação da linguagem. Por fim, na terceira etapa, o instrumento foi de fato utilizado por um grupo de profissionais em sua prática no serviço. É importante ressaltar que após cada uma das etapas, o instrumento pode ser aprimorado. Detalhes sobre os procedimentos realizados separadamente em cada uma dessas etapas, como o local, os instrumentos, a coleta de dados, método de seleção de participantes e as análises conduzidas, são descritas nos itens a seguir.

2.2 Local

Toda coleta de dados foi realizada de forma remota, tornando possível a participação de profissionais de todo Brasil, e contribuição de professores da Espanha e Inglaterra.

2.3 Instrumentos

O instrumento principal utilizado foi criado durante a pesquisa de Iniciação Científica (projeto 2018/18982-8) e finalizado no presente estudo. Trata-se de um instrumento intersetorial, em formato de *checklist*, para avaliação de risco para o desenvolvimento infantil. O instrumento é composto por 26 questões de resposta do tipo “sim” ou “não” e pontuação “1” ou “0” a serem assinaladas pelo profissional. Adicionalmente também foram utilizados formulários de avaliação online nas avaliações do instrumento respondidas pelos participantes.

2.4 Procedimentos

2.4.1 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi desenvolvido de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos, sendo aprovado sob o parecer nº 5.775.016,

homologado em 24 de novembro de 2022. Ademais, todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.4.2 Coleta de dados

Etapa 1 - Avaliação do instrumento pelos experts

O processo de validação de conteúdo envolve várias etapas, incluindo a escolha e busca dos especialistas, primeiro contato com os especialistas e convite para participação na pesquisa, o envio do questionário, o recebimento das respostas e a análise qualitativa e quantitativa das respostas (SABINO, 2016; ALEXANDRE, COLUCI, 2011). Na pesquisa anterior, foi utilizado um processo semelhante, mas com um número de participantes considerado pequeno (7 respostas). Neste estudo, buscou-se ampliar a amostra, enviando o instrumento piloto a mais profissionais selecionados a partir de sua área de atuação. Existe uma diferença de quantidade de participantes sugerida dependendo dos autores consultados, podendo variar de 6 até 20 participantes (SABINO, 2016; ALEXANDRE, COLUCI, 2011). No presente estudo, optou-se pela utilização de 20 participantes, e a partir do seu feedback e de nova análise, foi criada a versão a ser utilizada na presente pesquisa.

Nessa etapa, os especialistas foram questionados se as questões do instrumento eram (a) pertinentes ou não e (b) compreensíveis ou não. A partir dessas respostas, foi conduzida uma avaliação com o intuito de medir a concordância das respostas enviadas. Para isso, foi calculada a porcentagem de concordância em cada uma das questões do instrumento (SABINO, 2016; ALEXANDRE, COLUCI, 2011). Isto é, para cada uma das questões, foi contabilizada a porcentagem de especialistas que indicaram que a questão era (a) pertinente e (b) compreensível. Optou-se por utilizar 80% como taxa de concordância aceitável para essa pesquisa. Além disso, avaliou-se também os comentários e sugestões enviados por cada um dos especialistas para cada uma das questões.

Etapa 2 - Desdobramento cognitivo e consultoria com especialistas

Na segunda etapa, os participantes convidados representando diversos níveis educacionais e de relevância para o estudo (descritos no item 2.4.3), a compreensão de cada questão presente no instrumento. Especificamente, os participantes responderam a um formulário online que continha todas as questões da primeira versão do instrumento do mestrado (atualizada após a coleta de dados 1), onde cada questão deveria ser respondida se a sua compreensão era: boa, média ou ruim, e ainda uma questão aberta para possíveis comentários/sugestões de como melhorar a questão.

Foram convidadas 15 pessoas para participar, considerando que para essa metodologia é indicado ter um tamanho amostral reduzido (BEATTY, WILLIS, 2007; ZIMMERMANN, 2018). As “entrevistas cognitivas” foram utilizadas como recurso para confirmar a compreensão dos itens do instrumento pela sua população alvo. Este método visa investigar se o instrumento está sendo interpretado da forma esperada, permitindo identificar a necessidade de ajustes nos enunciados, perguntas e opções de respostas, tornando o instrumento mais acessível de ser aplicado e compreensível para seu público-alvo (BEATTY, WILLIS, 2007).

Adicionalmente, nesta etapa da pesquisa, dois docentes especialistas em instrumentos de avaliação foram consultados. Eles realizaram uma breve avaliação do instrumento e ajudaram a esclarecer algumas dúvidas relacionadas a ele. Esse processo possibilita ouvir a opinião de profissionais da área, buscando mais embasamento para consolidar o instrumento.

Etapa 3 – Pré-teste

Nesta etapa, inicia-se o processo de validação do instrumento, que consiste em uma avaliação com o público-alvo para analisar sua compreensão, necessidade de formação específica para sua aplicação, seu efeito e se ele realmente avalia seu objetivo, analisando assim cada um de seus itens (CALDANA, GABRIEL, 2017). Para esta pesquisa, sugere-se realizar a análise com pelo menos 33 aplicações/participações do instrumento, visando obter um valor bom de Alfa de Cronbach (descrito no item 2.5), que foi a métrica estatística escolhida para analisar a confiabilidade e estabilidade do instrumento (BONNET, 2002). Profissionais da Saúde, Educação e Assistência Social que atuam na primeira infância foram contatados para participar da pesquisa. Os profissionais tiveram a oportunidade de utilizar o instrumento em sua prática nos serviços por um período pré-estabelecido, com as famílias que aceitaram participar da pesquisa. Este processo permite uma análise mais aprofundada do instrumento em condições reais de aplicação. Os profissionais receberam também um formulário online para avaliarem o uso do instrumento e suas questões, além dos TCLE para eles e para as famílias envolvidas.

2.4.3 Seleção dos participantes

A pesquisa contou com a participação de profissionais da Saúde, Educação e Assistência Social que atuam na área da primeira infância. Ao todo participaram 48 profissionais, divididos entre as três etapas de coleta de dados. Esses profissionais foram convidados a participar por meio de uma carta convite, com explicações detalhadas sobre o estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, foram obtidas as autorizações dos gestores dos serviços públicos para a participação dos profissionais. Todo o processo foi conduzido de maneira remota, com o envio dos documentos e formulários online para os profissionais,

facilitando a participação de um maior número de profissionais. A pesquisadora divulgou a pesquisa, disponibilizando seu contato (e-mail e telefone), permitindo que os interessados entrassem em contato diretamente. Detalhes da seleção dos participantes em cada uma das etapas são descritos a seguir:

Etapa 1 - Avaliação do instrumento pelos Experts

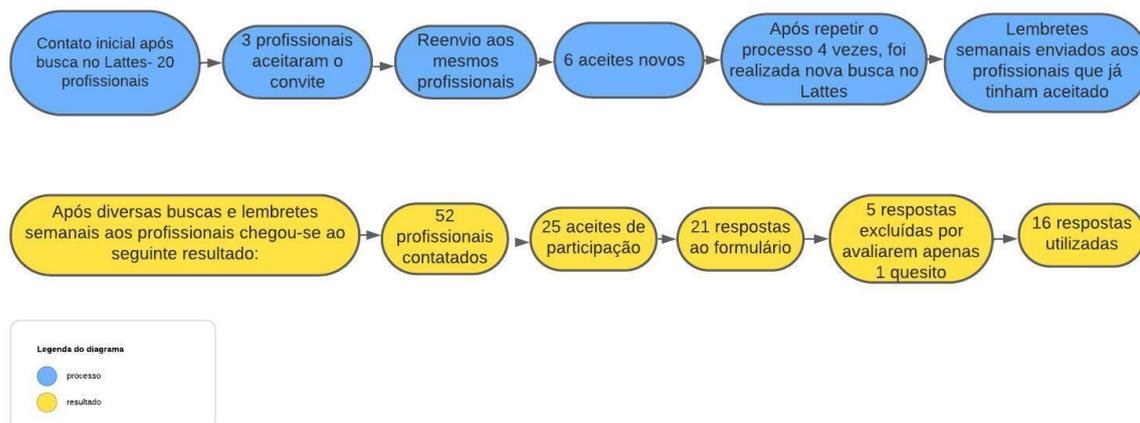
Nessa etapa inicial, especialistas foram convidados a participar após uma análise de currículo. Inicialmente, realizou-se uma busca na plataforma Lattes com os descritores “risco” e “desenvolvimento infantil”. Após análise dos currículos, foram selecionados 20 profissionais com afinidade e experiência no tema que é uma quantidade suficiente recomendada na literatura, apesar da divergência existente em relação ao número ideal de participantes (SABINO, 2016; ALEXANDRE, COLUCI, 2011). Em seguida, foi enviada uma carta convite, explicando sobre o projeto, a pesquisadora, e a participação deles (APENDICE A). Após o aceite dos profissionais, foi encaminhado então o formulário para avaliação do instrumento, o Termo Livre e Esclarecido da participação (APENDICE B), e um Termo de Confidencialidade e Sigilo (APENDICE C).

O contato inicial foi estabelecido por e-mail. No primeiro e-mail enviado pela pesquisadora, três profissionais manifestaram interesse em participar. O mesmo processo foi repetido uma segunda vez, resultando na resposta positiva de mais seis profissionais. Após múltiplos envios aos mesmos profissionais sem obter resposta, uma nova busca no Lattes foi realizada com os mesmos descritores e, após análise dos currículos, novos profissionais foram selecionados. No primeiro envio aos novos profissionais, três demonstraram interesse em participar. O mesmo processo foi repetido uma segunda vez, com mais dois profissionais respondendo positivamente. Um terceiro envio foi realizado, estabelecendo o prazo para participação até o final de fevereiro de 2023. Além disso, um e-mail de lembrete foi enviado aos 13 profissionais que já haviam aceitado participar da pesquisa lembrando-os de responder ao formulário de avaliação online e do envio dos documentos assinados.

Após repetidos envios dos e-mails, foram realizadas novas buscas e envios para mais profissionais, utilizando o mesmo critério de seleção, mantendo lembretes semanais aos profissionais que já haviam aceitado participar da pesquisa. No total, mais de 50 profissionais receberam e-mails após busca no Lattes com os descritores e análise do currículo pela pesquisadora, garantindo que a atuação do profissional estivesse próxima ao tema de pesquisa. Entre os e-mails enviados, 25 profissionais aceitaram participar da pesquisa, e 21 efetivamente responderam o formulário, enviando o Termo Livre e Esclarecido e o Termo de

Confidencialidade e Sigilo assinados. Detalhes do procedimento de seleção dos participantes da Etapa 1 foram dispostos na Figura 1.

Figura 1 - Procedimento para seleção de participantes – Etapa 1



Fonte: elaborado pela autora.

Dos 21 profissionais que participaram da pesquisa, 6 são Fisioterapeutas com mestrado e doutorado; 6 são Terapeutas Ocupacionais, com mestrado e doutorado; 4 Psicólogos com mestrado e doutorado; 1 Pedagoga, com mestrado e doutorado; 1 Enfermeira com mestrado e doutorado; 1 Educadora Física com mestrado e doutorado; 1 Assistente Social, com mestrado e doutorado; e 1 Médico, com mestrado. Dentre eles, 19 são professores universitários, 1 é servidor público da prefeitura, e 1 é assistente de pesquisa na UFMG.

Embora tenham sido recebidas 21 respostas do formulário, optou-se por utilizar apenas 16, pois cinco dos profissionais responderam apenas uma das duas avaliações para cada questão do formulário sobre o instrumento, o que prejudicaria a avaliação quantitativa, pois haveria números distintos de participantes para os quesitos “Pertinência” e “Compreensão” (APENDICE D).

Etapa 2 - Desdobramento cognitivo e consultoria com especialistas

Na segunda etapa da coleta de dados – desdobramento cognitivo e consultoria com especialistas - os participantes foram escolhidos com base na sua ligação com o tema, abrangendo estudantes e profissionais da área da assistência social, educação e saúde, bem como familiares de crianças na primeira infância. O contato foi estabelecido de forma remota, via e-mail, telefonema, mensagem, após a divulgação da pesquisa com o contato da

pesquisadora. Nessa etapa também foram consultados dois professores especialistas no desenvolvimento e estudo de instrumentos para avaliação de desenvolvimento infantil.

Conforme ressaltado, foram utilizados 15 participantes nessa etapa, sendo: 2 profissionais da Saúde, 2 estudantes da Saúde, 2 profissionais da Assistência Social, 2 estudantes da Assistência Social, 2 profissionais da Educação, 2 estudantes da Educação, e 3 familiares de crianças pequenas (0 a 6 anos). O contato com os participantes foi feito via rede social e WhatsApp. A pesquisadora convidou alguns participantes e, após interesse na pesquisa, estes indicaram outras pessoas que também poderiam se interessar, seguindo os critérios de serem profissionais ou estudantes da assistência social, educação ou saúde, ou familiares de crianças de 0 a 6 anos. Foi enviada a todos a Carta Convite, o TCLE e o formulário de avaliação.

Após uma semana do envio dos documentos, apenas duas pessoas haviam respondido o formulário. Dessa forma, a pesquisadora entrou em contato novamente. Foi necessário entrar em contato três vezes enviando “lembretes” aos participantes que já haviam demonstrado interesse em participar, e iniciar nova busca para outros participantes, seguindo a mesma metodologia de indicação. Ao todo foi feito contato com 19 pessoas até conseguir os 15 participantes necessários para essa etapa. O processo durou cerca de um mês.

Adicionalmente, nessa fase, foram consultados dois especialistas: uma professora da Universidade de Barcelona/Espanha, que trabalha e tem experiência na área de desenvolvimento infantil e instrumentos de avaliação; e um professor brasileiro, atualmente na Universidade de Gloucestershire - Inglaterra, com grande experiência em instrumentos de avaliação, validação de instrumentos e desenvolvimento infantil. Em ambos os casos, o primeiro contato foi realizado via e-mail. No caso da professora da Universidade de Barcelona, o contato foi estabelecido unicamente por e-mail, incluindo sua avaliação e comentários a respeito do instrumento e das questões. Para o caso do professor da Universidade de Gloucestershire, foi marcada uma reunião via Google Meet, adicionalmente aos contatos por e-mail, para esclarecer algumas dúvidas da pesquisadora e orientadora sobre o tema.

Etapa 3 - Pré-teste

Por fim, na última etapa da coleta de dados, os profissionais que utilizaram o instrumento foram contatados. O critério básico para a seleção desses profissionais foi que trabalhassem com a primeira infância em serviços de assistência social, educação ou saúde. O contato também foi estabelecido de forma remota por e-mail, telefonema ou mensagem. Após manifestarem interesse em participar da pesquisa, mediante divulgação interna dos serviços, os

interessados entraram em contato com a pesquisadora. O critério de inclusão das famílias atendidas pelos profissionais para participar e responder o instrumento durante atendimento foi ter uma criança na fase da primeira infância recebendo atendimento no serviço dos profissionais participantes.

Não foram incluídos na pesquisa profissionais que não atendiam aos critérios mencionados, ou que não tinham tempo ou interesse em participar. O mesmo critério foi aplicado com as famílias e com os participantes da validação de constructo. Além disso, não puderam participar da pesquisa quem não tivesse acesso à internet, com exceção das famílias, que responderam ao instrumento presencialmente durante atendimento nos serviços.

Inicialmente, a pesquisadora entrou em contato com serviços de Assistência Social, Educação e Saúde dos municípios de São Carlos, Botucatu, Santo André e São Caetano do Sul, detalhados a seguir:

- **Botucatu:** o contato foi feito via e-mail e telefonema. Os serviços de Saúde e de Assistência Social e Educação prontamente aceitaram autorizar seus profissionais a participarem da pesquisa. Durante o contato com os profissionais e o preparo para a coleta de dados a secretaria de Assistência Social relatou ter tido uma compreensão equivocada da pesquisa e que os seus servidores não poderiam participar por falta de tempo e excesso de trabalho em outros setores.
- **São Carlos:** o contato e o pedido de autorização para os serviços foram feitos pessoalmente, onde a pesquisadora levou em mãos uma série de documentos sobre a pesquisa e a pesquisadora. Após alguns meses em que a papelada foi deixada nas secretarias, a pesquisadora retomou o contato via telefonema para saber sobre o status do pedido. Infelizmente, ocorreu uma mudança de gestão nas secretarias, por isso foi necessário refazer os pedidos, na Secretaria de Educação via formulário online, e na secretaria de Assistência Social foi pedido que os documentos sejam levados em mãos novamente. Foi decidido então não refazer o pedido com os serviços de São Carlos, já que não era mais possível ir até lá pessoalmente e o processo de avaliação deles ser muito lento.
- **Santo André:** o contato foi feito via e-mail. A pesquisadora enviou e-mails para as Secretarias de Saúde, Assistência Social e Educação de Santo André, e após meses insistindo e perguntando sobre o status do pedido, a Secretaria de Educação informou que não poderia aceitar mais pesquisas neste momento, pois já estavam com muitas pesquisas em andamento e dariam prioridade para as pesquisas dos próprios servidores.

A Secretaria de Saúde aceitou participar da pesquisa e enviou o contato do gestor do NASF para mediar e auxiliar no contato com os profissionais. A secretaria de Assistência Social não retornou o contato.

- **São Caetano do Sul:** o contato foi feito via e-mail. Foram enviados e-mails para as secretarias de São Caetano do Sul, onde foi indicado que o contato fosse feito diretamente com a Prefeitura Municipal. Foi enviado um e-mail para o contato dado via telefonema, contendo uma breve descrição sobre a pesquisadora e a pesquisa, bem como Carta Convite para o projeto, parecer aprovado pelo CEP, projeto de pesquisa completo e o instrumento a ser utilizado na pesquisa em sua versão atualizada. A pesquisadora também entrou em contato com a secretaria de saúde, esta possui um comitê de avaliação próprio e pediu que os documentos fossem levados impressos até o local. O pedido foi cumprido pela pesquisadora com auxílio de uma colega do laboratório de pesquisa do PPGTO, porém infelizmente o pedido foi negado pela gestora. A pesquisadora também entrou em contato com a secretaria de Assistência Social, mantendo o protocolo de envio do projeto e demais documentos via e-mail. Apesar das inúmeras tentativas não foi possível estabelecer a parceria para a pesquisa com nenhum serviço de São Caetano do Sul.

Além do contato direto com as Secretárias das quatro cidades citadas, foi utilizada também a metodologia Bola de Neve para obter participantes adicionais para a etapa 3. A utilização dessa metodologia foi necessária pelo fato de que o contato direto com as Secretárias não ter resultado em um número suficiente de participantes. A metodologia Bola de Neve caracteriza-se por um processo em que o pesquisador descreve as características necessárias para os participantes da pesquisa, e conta com a ajuda de “participantes referência” para indicarem pessoas que tenham esse perfil. Na atual pesquisa isso foi feito através dos grupos ligados ao PPGTO-UFSCar, onde foi enviada uma mensagem com as informações sobre a pesquisa e sobre o perfil dos participantes, solicitando que quem estivesse interessado ou tivesse indicações entrasse em contato (COSTA, 2018). O número de profissionais que aceitaram participar da pesquisa está detalhado no quadro 2. É importante ressaltar que nem todos os profissionais de fato participaram, estando detalhado na Figura 8 os números finais.

Quadro 2 - Parcerias estabelecidas em cada cidade

Cidade	Parceria	Número de participantes que emitiram o aceite	Participação efetiva
Botucatu	Secretaria de Educação e Centro Saúde Escola	7 profissionais da Educação e 4 da Saúde	7 profissionais da educação
São Carlos	Parceria não estabelecida	--	--
Santo André	Secretaria de Saúde	5 profissionais do NASF	2 profissionais do NASF
São Caetano do Sul	Parceria não estabelecida	--	--
*Método Bola de Neve	Parceria estabelecida	2 Terapeutas Ocupacionais e 1 Pedagoga	2 Terapeutas Ocupacionais e 1 Pedagoga

Fonte: elaborado pela autora.

2.4.4 Versão digital

Após a finalização da versão final do instrumento a ser utilizada na etapa 3 da coleta de dados, foi criada uma versão digital do instrumento com o intuito de facilitar sua aplicação pelos profissionais.

2.5 Análise de dados

Em uma primeira etapa, as respostas da avaliação do instrumento piloto pelo grupo de experts foram analisadas. Esses dados foram compilados e processados, para realizar as correções necessárias. O mesmo procedimento foi aplicado às respostas da etapa de desdobramento cognitivo e da Consultoria com os Especialistas, visando ajustar, se necessário, as questões para facilitar a compreensão do instrumento. Conforme descrito no item 2.4.2, nessas duas etapas iniciais, verificou-se a pertinência e compreensão das questões do instrumento através das respostas dos participantes, visando aprimorá-lo. Posteriormente, o instrumento foi aplicado para a obtenção dos dados do público-alvo, e passou pela (a) análise de confiabilidade por meio da utilização do alfa de Cronbach e pela (b) aplicação do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), descritos detalhadamente a seguir.

Análise de confiabilidade (alfa de Cronbach)

Os instrumentos utilizados em pesquisas e na prática profissional devem ser avaliados quanto à sua capacidade de inferir ou medir o que ele se propõe, garantindo a relevância e confiabilidade do teste. Nesse sentido, o Coeficiente Alfa de Cronbach é uma medida de confiabilidade amplamente utilizada, avaliando a consistência interna dos questionários. Essa

métrica é comumente utilizada para um conjunto de dois ou mais indicadores de construto (BLAND; ALTMAN, 1997 apud MATTHIESEN, 2010).

Os valores de Alfa variam de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1, maior confiabilidade entre os indicadores. No entanto, é crucial destacar que valores de alfa superiores a 0,9 podem indicar redundância nos itens. Portanto, o valor ideal recomendado por alguns autores situa-se entre 0,7 e no máximo 0,9 (MATTHIESEN, 2010; STREINER, 2003; REIS et al, 2020).

O Coeficiente α se mostra útil por três razões principais: 1) fornece uma medida razoável de confiabilidade em um único teste, eliminando a necessidade de novos testes e aplicações para garantir sua consistência; 2) sua fórmula possibilita sua aplicação, em questionários de múltipla-escolha de escalas dicotômicas ou escalas atitudinais de variáveis categóricas politômicas; 3) pode ser calculado por princípios estatísticos básicos, facilitando a aplicação (SHAVELSON, 2003 apud MATTHIESEN, 2010; STREINER, 2003).

Segundo Hora et al. (2010), a aplicação do Coeficiente Alfa de Cronbach deve obedecer a alguns pressupostos:

- O questionário deve estar dividido e agrupado em “dimensões” (construtos), ou seja, questões que tratam de um mesmo aspecto;
- O questionário deve ser aplicado a uma amostra significativa e heterogênea da população (se questionários forem aplicados apenas para especialistas numa determinada área, por exemplo, existirá uma tendência natural a uma baixa variância, baixando, assim, o α);
- A escala já deve estar validada, ou seja, deve existir a certeza de que o instrumento usado na medição está realmente medindo aquilo que ele se propõe a medir.

Coeficiente de Validade de Conteúdo - CVC

Além da análise estatística realizada utilizando o Alfa de Cronbach, também foi empregado o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC). Este índice tem como objetivo avaliar, quantificar e interpretar a avaliação de especialistas a respeito dos itens e da escala proposta. Um novo grupo de especialistas irá avaliar novamente os itens do instrumento, utilizando uma escala *Likert* de cinco categorias, que varia de “discordo totalmente” à “concordo totalmente”, a Pertinência e a Compreensão de cada uma das questões do instrumento (HERNÁNDEZ-NIETO, 2002 apud FILGUEIRAS et al, 2015; GUERREIRO, FILGUEIRAS, 2023).

Nesta metodologia “o coeficiente para cada item (CVC_i) é calculado através da divisão da média dos valores dos julgamentos dos juízes (Σ^x_j) pelo valor máximo da última categoria da escala *Likert* (V_{max}) para um determinado item x . O CVC total da escala (CVC_t) é dado pela subtração do CVC dos juízes (CVC_j) para a escala como um todo pelo Erro Padrão (Pe_j) da polarização dos juízes. O CVC_j é a divisão da média total dos escores (atribuídos a todos os itens da escala) pelo valor máximo da escala *Likert*. Pe_j , por sua vez, é calculado pela razão entre 1 e o número absoluto de juízes (N_j), elevada ao próprio número absoluto de juízes” (FILGUEIRAS, et al, 2015, p. 173–185).

De acordo com os autores que propuseram a metodologia, os valores de CVC aceitos devem ser superiores a 0,80 (HERNÁNDEZ-NIETO, 2002 apud FILGUEIRAS et al, 2015; GUERREIRO, FILGUEIRAS, 2023). Entretanto, alguns autores têm utilizado valores mais baixos. No estudo de Melguizo-Herrera et al (2023) foram utilizados valores de CVC a partir de 0,75 como aceitáveis; e no estudo de Seckel, Breda e Fonts (2020), foram utilizados como valores aceitáveis de CVC de 0,71 a 0,8.

3 RESULTADOS

Os resultados são apresentados seguindo a ordem das coletas de dados, iniciando com a Avaliação do Instrumento pelos Experts, Desdobramento Cognitivo, Consultoria com Profissionais Especialistas, Versão Digital do instrumento, e Pré-teste.

3.1 Etapa 1 - Avaliação do instrumento pelos Experts

Na primeira etapa, foi conduzida uma análise quantitativa do instrumento, avaliando o grau de concordância de cada questão nos quesitos “Pertinência” e “Compreensão”. Conforme estipulado na metodologia, todas as questões deveriam ter taxa de concordância acima de 80%. As questões que obtiveram taxas mais baixas foram alteradas.

Ao encerrar o formulário, as questões foram avaliadas com relação à taxa de concordância no quesito “Pertinência” e “Compreensão”. Das 28 questões, todas obtiveram taxa de concordância igual ou maior que 80% no quesito Pertinência. No quesito Compreensão, 23 obtiveram taxa de concordância igual ou maior 80%, e 5 questões ficaram abaixo desse limiar.

Quadro 3 - Resultados da avaliação do instrumento pelos Experts (Etapa 1)

Número de Participantes: 16	Pertinência	Compreensão
Sobre o histórico familiar da criança: Alguém da família teve/tem alguma doença genética e/ou crônica?	100%	87,5 %
A criança nasceu de parto a termo?	100%	62,5%
Houve alguma intercorrência/adoecimento com a mãe ou com o bebê no período gestacional?	93,7%	81,2%
A mãe fez o pré-natal de forma adequada?	100%	68,7%
A criança nasceu com peso e tamanho compatível com sua idade gestacional?	100%	81,2%
A mãe ou a criança tiveram alguma complicação no parto ou peri-parto?	93,7%	62,5%
A criança apresenta desenvolvimento compatível com sua idade?	100%	75%
A criança está com o calendário vacinal completo?	100%	87,5%
A criança apresenta peso e tamanho adequados para sua idade?	100%	87,5%
A família é beneficiária de algum programa de auxílio de renda do governo?	100%	93,7%
A criança mora com mais de 5 pessoas na casa?	100%	93,7%
Na residência que a criança mora existe conflitos entre os moradores?	100%	93,7%
A família/criança vive em condições de moradia, de higiene e/ou alimentação adequadas?	100%	87,2%
A criança sofre/sofreu algum tipo de violência (física, verbal, psicológica, sexual ou negligência)?	100%	86,6%
Alguém da família sofre/sofreu violência (violência física/verbal/psicológica/sexual)?	93,7%	73,3%
Os pais ou responsáveis pela criança trabalham?	93,7%	81,2%
A criança faz ou já precisou fazer algum tipo de atividade para gerar renda para a família?	100%	93,7%
A renda familiar é suficiente para as necessidades básicas da família (alimentação e moradia, necessidades educacionais, transporte)?	100%	93,7%
A criança frequenta serviços de saúde, educação, lazer, assistência social?	100%	93,7%
Você tem conhecimento sobre queixas/comentários sobre a criança ter um comportamento diferente das demais crianças com quem se relaciona?	100%	87,5%
A criança se mostra confortável com o ambiente escolar?	100%	87,5%

A criança tem dificuldades de aprendizagem?	100%	87,5%
A criança já foi/vai no serviço com sinais de negligência e/ou violência? (sem uniforme/uniforme ou roupa sujos; sem higiene básica; com muita fome; dor e/ou machucados)	100%	93,7%
A família tem participação ativa na escola (diálogo/parceria/fácil acesso dos professores)?	93,7%	100%
A criança estabelece vínculos com adultos familiares e não familiares e/ou outras crianças?	93,7%	93,7%
A criança apresenta algum tipo desses comportamentos emocionais (choro intenso, agressividade, apatia, agitação, prostração)?	100%	93,7%
A criança tem boa relação com os familiares e/ou responsáveis?	93,7%	93,7%
Os pais ou responsáveis tem problemas de uso excessivo de álcool e/ou outras drogas?	100%	100%

Após a avaliação quantitativa, todas as sugestões e comentários feitos pelos experts em cada uma das questões, foram cuidadosamente examinados. Com base nessas contribuições, as questões foram adaptadas para refletir as correções necessárias, atualizando termos, conceitos e aprimorando a compreensão das perguntas.

As 5 questões que não alcançaram uma concordância de 80% na categoria “Compreensão” foram reformuladas a fim de atingir melhor seu objetivo. Neste processo, algumas questões foram excluídas do instrumento. Por exemplo, a questão: “A família/criança vive em condições de moradia, de higiene e/ou alimentação adequadas?” foi removida após uma análise global do instrumento revelar redundância, já que outra questão abordava esses aspectos. Da mesma forma, a questão: “A criança mora com mais de 5 pessoas na casa?”, também foi excluída, pois a revisão da literatura e as discussões não fornecerem embasamento teórico suficiente para mantê-la, especialmente considerando a existência de outra questão que aborda o tema da moradia que daria uma resposta semelhante, sendo ela “A renda familiar é suficiente para as necessidades básicas da família (alimentação e moradia, necessidades educacionais, transporte)?”.

As questões relacionadas aos Fatores Biológicos também passaram por alterações e correções, buscando uma fundamentação mais sólida nos termos técnicos e normas do Ministério da Saúde. Foram adicionadas descrições para facilitar a compreensão do assunto por profissionais de diferentes áreas.

Quadro 4 - Primeira versão do instrumento do Mestrado

INSTRUMENTO FATORES – Primeira Versão Mestrado

Nome do profissional:

Data da avaliação:

Serviço de atuação:

Nome da criança:

Data de nascimento:

Idade:

Escolaridade da criança:

Nome do responsável:

Escolaridade do responsável:

FATORES BIOLÓGICOS (9)		
1- Sobre o histórico familiar da criança: Alguém da família (pais, irmãos, avós, tios ou primos de primeiro grau) teve/tem alguma doença genética e/ou crônica? Se sim, qual?	Sim 0	Não 1
2 - A criança nasceu a termo, ou seja, com idade gestacional entre 37 e 42 semanas? Se não, especificar com quantas semanas nasceu.	Sim 1	Não 0
3 - Houve alguma intercorrência/adoecimento com a mãe e/ou com o bebê no período gestacional? Se sim, qual/quais?	Sim 0	Não 1
4- A mãe fez o pré-natal de acordo com as normas do Ministério da Saúde (ao menos 6 consultas e seguiu exames e orientações da equipe de saúde)?	Sim 1	Não 0
5- A criança nasceu com peso e tamanho esperado para sua idade gestacional? (PIG- pequeno para idade gestacional >2kg; AIG- adequado para idade gestacional entre 2kg e 4kg; GIG- grande para idade gestacional <4kg).	Sim 1	Não 0
6- A mãe e/ou a criança tiveram alguma complicação antes, durante ou após o parto? Se sim, qual?	Sim 0	Não 1

7- Segundo a equipe que acompanha a criança, ela apresenta desenvolvimento (cognitivo, motor, linguagem, comportamento) compatível com sua idade?	Sim 1	Não 0
8- A criança está com o calendário vacinal completo para a sua idade?	Sim 1	Não 0
9- A criança apresenta peso e tamanho adequados para sua idade, seguindo as referências do Ministério da Saúde?	Sim 1	Não 0
FATORES AMBIENTAIS (8)		
1- A família participa de algum programa de auxílio de renda do governo e/ou de outra instituição?	Sim 1	Não 0
2- Na residência que a criança mora existe conflitos entre os moradores que podem impactar no seu desenvolvimento? (brigas frequentes, violência, gritos e etc, ...).	Sim 0	Não 1
3- A criança sofre/sofreu algum tipo de violência (física, verbal, psicológica, sexual ou negligência) ou trauma (acidente doméstico, queimaduras, quedas)?	Sim 0	Não 1
4- Alguém que reside com a criança sofre/sofreu violência (violência física/verbal/psicológica/sexual) ou trauma (acidente doméstico, queimaduras, queda)? Se sim, explicar a situação.	Sim 0	Não 1
5- Os pais ou responsáveis pela criança possuem renda mensal?	Sim 1	Não 0
6- A criança faz ou já precisou fazer algum tipo de atividade para gerar renda para a família?	Sim 0	Não 1
7- A renda familiar é suficiente para as necessidades básicas da família (alimentação e moradia, necessidades educacionais, necessidades relacionadas a saúde como medicamentos e/ou tratamentos, transporte e lazer)?	Sim 1	Não 0

8- A criança frequenta dois ou mais dos serviços de saúde, educação, lazer/brincar, assistência social? Se sim, especificar quais.	Sim 1	Não 0
FATORES FAMILIARES/SOCIAIS (9)		
1- Você tem conhecimento sobre queixas/comentários sobre a criança ter um comportamento diferente das demais crianças da mesma faixa etária com quem se relaciona?	Sim 0	Não 1
2- A criança se mostra adaptada ao ambiente escolar?	Sim 1	Não 0
3- Você tem conhecimento sobre relatos/evidências sobre dificuldades de aprendizagem da criança?	Sim 0	Não 1
4- A criança apresenta sinais de negligência e/ou violência? (sem uniforme/uniforme ou roupa sujos; sem higiene básica; com muita fome; dor e/ou machucados). Se sim, qual/quais?	Sim 0	Não 1
5- A família tem participação ativa na escola (diálogo/parceria/fácil acesso dos professores)?	Sim 1	Não 0
6- A criança estabelece vínculos com adultos e/ou outras crianças?	Sim 1	Não 0
7- A criança apresenta com frequência um ou mais desses comportamentos emocionais: choro intenso, agressividade, apatia, agitação, prostração ou ansiedade?	Sim 0	Não 1
8- A criança tem boa relacionamento/afetividade com os principais cuidadores?	Sim 1	Não 0
9- Algum dos cuidadores principais tem problemas decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas, ou tabagismo?	Sim 0	Não 1
TOTAL DE PONTOS:		
Nível de risco:		
Qual ação intersetorial seria possível realizar para que a criança e a família tenham seu risco reduzido?		

SCORE- quanto maior a pontuação, menor o risco- 26 questões= 26 pontos

ALTO RISCO	RISCO INTERMEDIÁRIO	BAIXO RISCO
De 0 a 3 pontos por fator (no máximo 9 pontos totais)	4 a 6 pontos por fator (10 a 18 pontos totais)	7 ou mais pontos por fator (mais de 19 pontos totais)

BAIXO RISCO - Fator com 7 ou mais pontos= orientação para ações afim de melhorar e/ou prevenir algum possível risco e manter a família e a criança em ações e encontros periódicos nos serviços.

RISCO INTERMEDIÁRIO - Fator com 4 a 6 pontos= maior atenção com a família e criança dos setores competentes e orientações para melhorar e/ou prevenir maiores riscos.

ALTO RISCO - Fator com 0 a 3 pontos = notificação para os serviços que atendem a família e a criança para investigação da situação e ações imediatas voltadas aos riscos detectados.

OBSERVAÇÃO: Caso alguma questão relacionada à violência seja confirmada deve-se entrar em contato com os serviços de denúncia e proteção da criança de imediato.

3.2 Etapa 2 – Desdobramento Cognitivo

Na análise quantitativa do instrumento durante a etapa do desdobramento cognitivo, a concordância com a resposta de compreensão “boa” foi medida para cada questão. Conforme a metodologia, todas as questões deveriam ter taxa de concordância acima de 80%, e a questão que não alcançou esse limiar foi alterada.

Quadro 5 - Resultados do desdobramento cognitivo (Etapa 2)

Número de Participantes: 15	Concordância
Sobre o histórico familiar da criança: Alguém da família (pais, irmãos, avós, tios ou primos de primeiro grau) teve/tem alguma doença genética e/ou crônica? Se sim, qual?	100%
A criança nasceu a termo, ou seja, com idade gestacional entre 37 e 42 semanas? Se não, especificar com quantas semanas nasceu.	86%
Houve alguma intercorrência/adoecimento com a mãe e/ou com o bebê no período gestacional? Se sim, qual/quais?	93,3%
A mãe fez o pré-natal de acordo com as normas do Ministério da Saúde (ao menos 6 consultas e seguiu exames e orientações da equipe de saúde)?	93,3%

A criança nasceu com peso e tamanho esperado para sua idade gestacional? (PIG- pequeno para idade gestacional >2kg; AIG- adequado para idade gestacional entre 2kg e 4kg; GIG- grande para idade gestacional <4kg).	80%
A mãe e/ou a criança tiveram alguma complicação antes, durante ou após o parto? Se sim, qual?	93,3%
Segundo a equipe que acompanha a criança, ela apresenta desenvolvimento (cognitivo, motor, linguagem, comportamento) compatível com sua idade?	100%
A criança está com o calendário vacinal completo para a sua idade?	93,3%
A criança apresenta peso e tamanho adequados para sua idade, seguindo as referências do Ministério da Saúde?	86,7%
A família participa de algum programa de auxílio de renda do governo e/ou de outra instituição?	100%
Na residência que a criança mora existe conflitos entre os moradores que podem impactar no seu desenvolvimento? (brigas frequentes, violência, gritos e etc)	93,3%
A criança sofre/sofreu algum tipo de violência (física, verbal, psicológica, sexual ou negligência) ou trauma (acidente doméstico, queimaduras, quedas)?	93,3%
Alguém que reside com a criança sofre/sofreu violência (violência física/verbal/psicológica/sexual) ou trauma (acidente doméstico, queimaduras, queda)? Se sim, explicar a situação.	93,3%
Os pais ou responsáveis pela criança possuem renda mensal?	93,3%
A criança faz ou já precisou fazer algum tipo de atividade para gerar renda para a família?	93,3%
A renda familiar é suficiente para as necessidades básicas da família (alimentação e moradia, necessidades educacionais,	100%

necessidades relacionadas a saúde como medicamentos e/ou tratamentos, transporte e lazer)?	
A criança frequenta dois ou mais dos serviços de saúde, educação, lazer/brincar, assistência social? Se sim, especificar quais. _____ _____	60%
Você tem conhecimento sobre queixas/comentários sobre a criança ter um comportamento diferente das demais crianças da mesma faixa etária com quem se relaciona?	93,3%
A criança se mostra adaptada ao ambiente escolar?	93,3%
Você tem conhecimento sobre relatos/evidências sobre dificuldades de aprendizagem da criança?	86,7%
A criança apresenta sinais de negligência e/ou violência? (sem uniforme/uniforme ou roupa sujos; sem higiene básica; com muita fome; dor e/ou machucados). Se sim, qual/quais? _____	100%
A família tem participação ativa na escola (diálogo/parceria/fácil acesso dos professores)?	100%
A criança estabelece vínculos com adultos e/ou outras crianças?	100%
A criança apresenta com frequência um ou mais desses comportamentos emocionais: choro intenso, agressividade, apatia, agitação, prostração ou ansiedade?	100%
A criança tem boa relacionamento/afetividade com os principais cuidadores?	100%
Algum dos cuidadores principais tem problemas decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas, ou tabagismo?	93,3%

Após a avaliação quantitativa, todos os comentários e sugestões fornecidos pelos participantes foram sistematizados e analisados para permitir uma avaliação qualitativa do instrumento. Das 26 questões do instrumento, 18 receberam ao menos um comentário, sendo que a questão que não atingiu os 80% de concordância foi a que recebeu mais comentários e sugestões.

A questão era: “A criança frequenta dois ou mais dos serviços de saúde, educação, lazer/brincar, assistência social? Se sim, especificar quais.”. Essa questão gerou confusão entre os avaliadores com relação aos serviços. Para abordar essa questão, foi sugerido separar os serviços, e permitir que fosse possível assinalar cada um. Assim, a nova versão da questão foi formulada da seguinte maneira: **A criança frequenta os serviços de: saúde (), educação (), lazer/brincar (), assistência social ()? Se frequentar dois ou mais serviços assinalar “sim” e especificar quais.**

As demais questões com sugestões foram analisadas individualmente, e muitas também foram adaptadas ou corrigidas, conforme as sugestões dos participantes.

3.2.3 Análise do Comitê Técnico

Durante o processo de correção do instrumento e criação da versão final, os comentários dos participantes da etapa Consultoria com Especialistas também foram cuidadosamente analisados e incorporados. Essa análise proporcionou melhorias adicionais ao instrumento, visando criar uma versão final mais completa e refinada para ser utilizada pelos profissionais da Validação de Face.

Uma das principais adições foi a inclusão de uma sessão inicial de instruções sobre o uso do instrumento. Essas instruções foram elaboradas para orientar os profissionais sobre como preencher e interpretar cada seção do instrumento, garantindo uma aplicação uniforme e consistente.

Atendendo às sugestões dos participantes, foi desenvolvido um documento auxiliar, o Glossário, contendo as referências e conceitos chave da sessão da Fatores Biológicos. Esse Glossário tinha como objetivo facilitar a compreensão dos profissionais, fornecendo informações adicionais sobre os termos utilizados. Para a elaboração do Glossário, foram consultados dois documentos do Ministério da Saúde: Manual AIDPI Neonatal: quadro de procedimentos, e a Nota Técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada- Saúde da Criança.

No Glossário todas as 9 questões dos Fatores Biológicos foram explicadas detalhadamente e alguns gráficos sobre peso e tamanho foram utilizados a fim de fornecer o embasamento necessário para todos os profissionais utilizarem o instrumento (BRASIL, 2014; BRASIL, 2021).

Quadro 6 - Versão Final do instrumento do Mestrado

INSTRUMENTO FATORES - CIDRDI (Checklist Intersetorial de Detecção de Risco ao Desenvolvimento Infantil) - versão final mestrado

Instruções de uso do instrumento: Prezado (a) profissional, esse instrumento foi criado para servir como uma ferramenta de apoio durante a sua prática, e auxiliá-lo a observar possíveis sinais de risco para o desenvolvimento infantil com as crianças e famílias atendidas em seu serviço de atuação. Importante ressaltar que você deve ler e compreender o instrumento antes de utilizá-lo em algum atendimento/acompanhamento, já que as questões não são escritas diretamente para a família e nem todas precisam da família para serem respondidas (muitas são observações suas). Assinale “sim” ou “não” na resposta de cada uma das questões, e após finalizar conte a pontuação de cada um dos Fatores Biológicos, Ambientais e Familiares/sociais (cada questão tem pontuação “1” ou “0”, a depender da resposta assinalada) e preencha a parte final do instrumento com elas. Se achar necessário consultar, há algumas definições e informações no Glossário, ao final do checklist.

Identificação

Data da avaliação:

Nome do profissional:

Formação:

Serviço de atuação: Cidade/Estado:

Nome da criança:

Data de nascimento:

Idade:

Escolaridade da criança:

Nome do responsável:

Escolaridade do responsável:

FATORES BIOLÓGICOS (9)		
1- Sobre o histórico familiar da criança: Alguém da família (pais, irmãos, avós, tios ou primos de primeiro grau) teve/tem alguma doença genética e/ou crônica? Se sim, qual?	Sim 0	Não 1
2- A criança nasceu a termo? (entre 37 e 42 semanas de idade gestacional) Se não, especificar com quantas semanas nasceu.	Sim 1	Não 0
3- Houve alguma intercorrência/adoecimento com a mãe e/ou com o bebê no período gestacional? Se sim, qual/ quais?	Sim 0	Não 1

4- A mãe fez o pré-natal de acordo com as normas do Ministério da Saúde (ao menos 6 consultas e seguiu exames e orientações da equipe de saúde)?	Sim 1	Não 0
5- A criança nasceu com peso e tamanho esperado para sua idade gestacional? (PIG- pequeno para idade gestacional peso menor que 2kg; AIG- adequado para idade gestacional entre 2kg e 4kg; GIG- grande para idade gestacional é maior que 4kg).	Sim 1	Não 0
6- A mãe e/ou a criança tiveram alguma complicação antes, durante ou após o parto? Se sim, qual? <hr/>	Sim 0	Não 1
7- Segundo a equipe que acompanha a criança, ela apresenta desenvolvimento (cognitivo, motor, linguagem, comportamento) compatível com sua idade?	Sim 1	Não 0
8- A criança está com o calendário vacinal completo para a sua idade?	Sim 1	Não 0
9- A criança apresenta peso e tamanho adequados para sua idade, seguindo as referências do Ministério da Saúde? (valores de referência disponíveis no Glossário)	Sim 1	Não 0
FATORES AMBIENTAIS (8)		
1- A família participa de algum programa de auxílio de renda do governo e/ou de outra instituição?	Sim 1	Não 0
2- Na residência que a criança mora existem conflitos entre os moradores que podem impactar no seu desenvolvimento? (brigas frequentes, violência, gritos e etc)	Sim 0	Não 1
3- A criança sofre/sofreu algum tipo de violência (física, verbal, psicológica, sexual ou negligência) ou trauma físico (acidente doméstico, queimaduras, quedas)?	Sim 0	Não 1
4- Alguém que reside com a criança sofre/sofreu violência (violência física/verbal/psicológica/sexual) ou trauma (acidente doméstico, queimaduras, queda)? Se sim, explicar a situação. <hr/>	Sim 0	Não 1

5- Os pais ou responsáveis pela criança possuem renda mensal fixa?	Sim 1	Não 0
6- A criança faz ou já precisou fazer algum tipo de trabalho para gerar renda para a família?	Sim 0	Não 1
7- A renda familiar é suficiente para as necessidades básicas da família (alimentação e moradia, necessidades educacionais, necessidades relacionadas a saúde como medicamentos e/ou tratamentos, transporte e lazer)?	Sim 1	Não 0
8- A criança frequenta os serviços de: saúde (), educação (), lazer/brincar() , assistência social ()? Se frequentar dois ou mais serviços assinalar “sim” e especificar quais. _____	Sim 1	Não 0
FATORES FAMILIARES/SOCIAIS (9)		
1- Você tem conhecimento de queixas/comentários sobre a criança ter um comportamento diferente das demais crianças da mesma faixa etária com quem se relaciona?	Sim 0	Não 1
2- A criança se mostra adaptada ao ambiente escolar?	Sim 1	Não 0
3- Você tem conhecimento de relatos/evidências sobre dificuldades de aprendizagem da criança?	Sim 0	Não 1
4- A criança apresenta sinais de negligência e/ou violência? (sem uniforme/uniforme ou roupa sujos; sem higiene básica; com muita fome; dor e/ou machucados). Se sim, qual/quais? _____	Sim 0	Não 1
5- A família tem participação ativa na escola (diálogo/parceria/fácil acesso dos professores)?	Sim 1	Não 0
6- A criança estabelece vínculos com adultos e/ou outras crianças?	Sim 1	Não 0
7- A criança apresenta com frequência um ou mais desses comportamentos emocionais: choro intenso, agressividade, apatia, agitação, prostração ou ansiedade?	Sim 0	Não 1
8- A criança tem bom relacionamento/afetividade com os principais cuidadores?	Sim 1	Não 0

9- Algum dos cuidadores principais tem problemas decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas, ou tabagismo?	Sim 0	Não 1
PONTUAÇÃO		
Fatores Biológicos:		
Fatores Ambientais:		
Fatores Familiares/sociais:		
Nível de risco Fatores Biológicos:		
Nível de risco Fatores Ambientais:		
Nível de risco Fatores Familiares/sociais:		
Qual ação intersetorial seria possível realizar para que a criança e a família tenham seu risco reduzido?		

SCORE- quanto **maior** a pontuação, **menor** o risco- 26 questões = 26 pontos

ALTO RISCO	RISCO INTERMEDIÁRIO	BAIXO RISCO
De 0 a 3 pontos por fator	De 4 a 6 pontos por fator	De 7 ou mais pontos por fator

BAIXO RISCO- Fator com 7 ou mais pontos= orientação para ações a fim de melhorar e/ou prevenir algum possível risco e manter a família e a criança em ações e encontros periódicos nos serviços (monitoramento do desenvolvimento infantil).

RISCO INTERMEDIÁRIO- Fator com 4 a 6 pontos= maior atenção com a família e criança dos setores competentes e orientações para melhorar e/ou prevenir maiores riscos.

ALTO RISCO- Fator com 0 a 3 pontos = notificação para os serviços que atendem a família e a criança para investigação da situação e ações imediatas voltadas aos riscos detectados.

OBSERVAÇÃO: Caso alguma questão relacionada à violência seja confirmada deve-se entrar em contato com os serviços de denúncia e proteção da criança de imediato.

Glossário: Caso você tenha dúvida com algum termo ou conceito presente no instrumento, confira aqui algumas referências e informações mais aprofundadas sobre os Fatores Biológicos

<p>Questão 1- Exemplos de doenças familiares que podem impactar a saúde da criança: Hipertensão, Diabetes, Tuberculose, entre outras.</p>
--

Questão 2- Segundo informações do Manual AIDPI Neonatal do Ministério da Saúde o bebê que nasce com Idade Gestacional igual ou maior que 37 semanas e menor que 42 semanas, é considerado de baixo risco ao nascer.

Questão 3- Alguns exemplos de intercorrências/adoecimentos que podem ocorrer com a mãe ou com o bebê durante o período gestacional são: Hipertensão não controlada e/ou presença de convulsões, visão turva, perda de consciência ou cefaleia intensa; Diabetes (controlada ou não); Infecção urinária; doença sistêmica; sangramento vaginal; Ganho inadequado de peso; Gestação de mãe Rh negativo; Edema de face, mãos e pernas; Alteração da frequência cardíaca fetal; teste positivo para VDRL (teste para identificação de paciente com sífilis), HIV, Hepatite B e C, Toxoplasmose, Estreptococos (EGB).

Questão 4- O Ministério da Saúde preconiza que sejam realizadas ao menos 6 consultas de pré-natal, e seguidas as orientações, exames e tratamentos recomendados pela equipe médica.

Questão 5- Segundo referências do Ministério da Saúde recém-nascidos que nascem com menos de 2,5 kg são considerados baixo peso ao nascer, e com mais de 4,5 kg são considerados com peso excessivo, representando risco em ambas as situações. Bebês que nascem entre 2,5 kg e 4 kg são considerados de baixo risco. Os bebês que nascem pequenos para a idade gestacional são chamados de PIG (menos de 2,5kg), os que nascem com peso adequado para idade gestacional são chamados de AIG (entre 2,5 e 4 kg) e os que nascem grandes para a idade gestacional GIG (mais de 4,5 kg), os bebês PIG e GIG podem ser considerados de risco ao nascimento.

Questão 6- Existem algumas complicações que podem ocorrer com a mãe ou com o bebê antes, durante ou após o parto e gerar risco para a criança. Essa questão é muito importante ser perguntada para a família e levada em conta quando se faz uma análise dos possíveis riscos que a criança está sujeita. Alguns exemplos dessas complicações são: Trabalho de parto em curso < 37 semanas; Diminuição ou ausência de movimentos fetais; Doença sistêmica não controlada: diabetes, cardiopatia, hipertireoidismo (mãe); Hipertensão arterial não controlada e/ou presença de convulsões, visão borrada, perda de consciência ou dor de cabeça forte (mãe); Presença de líquido amniótico meconial, Rh negativo isoimunizada (mãe); Edema de face, mãos e pernas (mãe); Desconforto respiratório e/ou frequência

respiratória ≥ 60 ou < 30 rpm; Febre materna ou corioamnionite (mãe); Rotura prematura de membranas > 12 horas antes do parto; Palidez ou pletora (bebê muito vermelho); Infecção intrauterina (TORCH'S); Anomalias congênitas maiores; Lesões graves devido ao parto; Reanimação com pressão positiva/massagem cardíaca; Bebê PIG ou GIG; entre outros.

Questão 7- Existem alguns marcos do desenvolvimento importantes para a criança atingir, normalmente a equipe médica tem acesso a eles e os preenche na Caderneta da Criança. Pergunte para os pais se algum profissional (da saúde ou de outra área) já comentou com eles a respeito disso, ou de algum possível atraso de desenvolvimento da criança. Alguns exemplos desses marcos são: Bebês (0 a 1 ano e meio) - Reagir a sons, mudar de posição (rolar), emitir sons, buscar objetos, sentar-se sem apoio, imitar gestos, andar; Crianças (1 ano e meio a 3 anos e meio) - chutar bola, brincar com outras crianças, tirar a roupa, falar frases com duas palavras, pular com os dois pés.

Questão 8- Estar com o calendário vacinal para a idade da criança completo é muito importante para garantir que ela esteja protegida. Pergunte para os pais/responsáveis se a criança está com as vacinas em dia.

Questão 9- Quadros de referência de peso e estatura do Ministério da Saúde. Para saber se a criança está no peso e tamanho adequado confira no quadro antes de responder “sim” ou “não” no instrumento.



Gráfico de Estatura para Idade de 2 a 5 Anos

Estatuta para Idade 2 a 5 anos

Estatuta adequada para idade \geq escore-z -2 | Baixa estatuta para idade \geq escore-z -3 e $<$ escore-z -2 | Muito baixa estatuta para idade $<$ escore-z -3

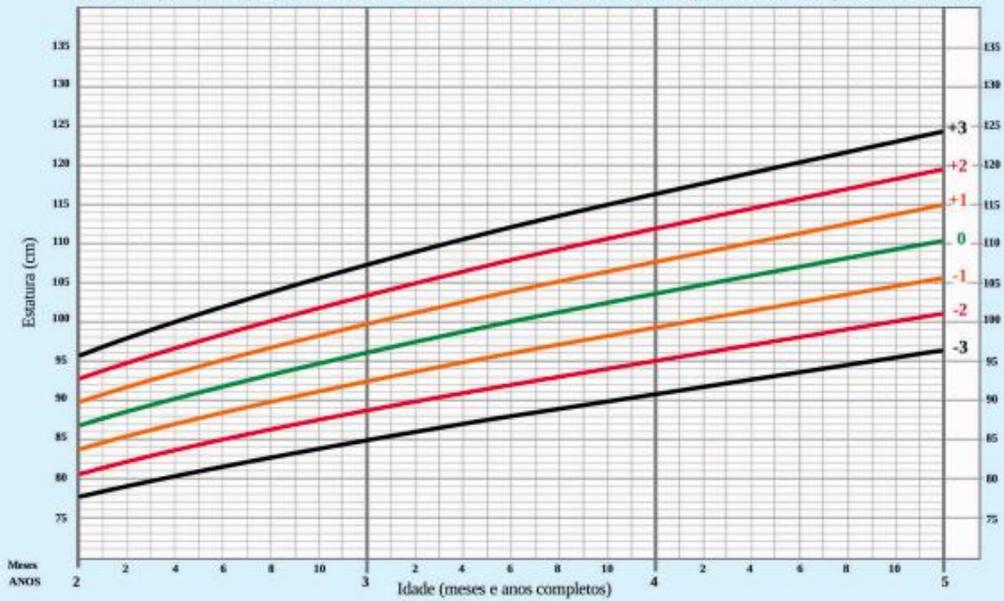


Gráfico de Peso para Idade de 0 a 2 Anos

Peso para Idade 0 a 2 anos

Peso elevado para idade $>$ escore-z +2 | Peso adequado para idade \geq escore-z -2 e \leq escore-z +2

Baixo peso para idade \geq escore-z -3 e $<$ escore-z -2 | Muito baixo peso para idade $<$ escore-z -3

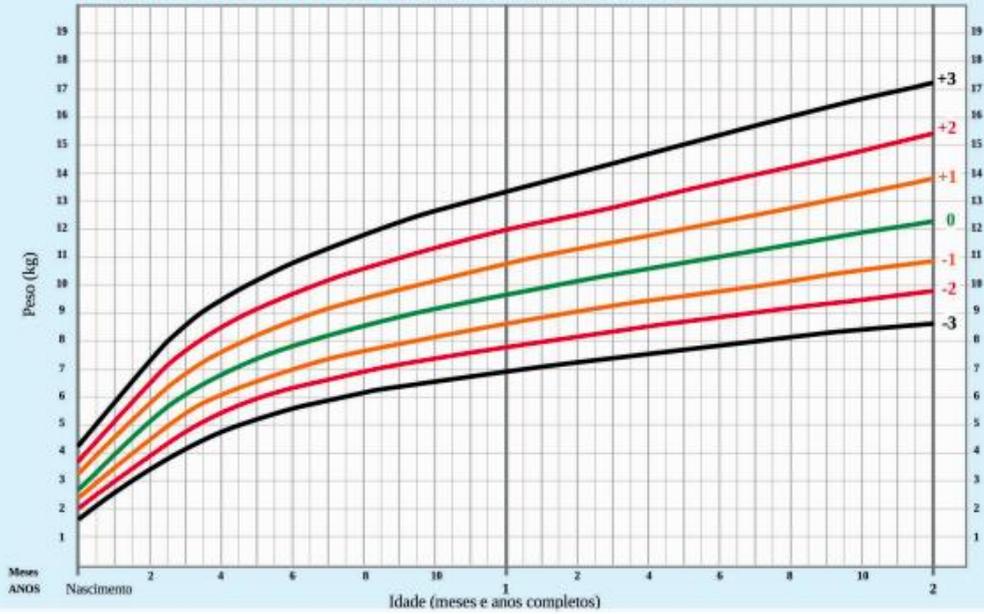
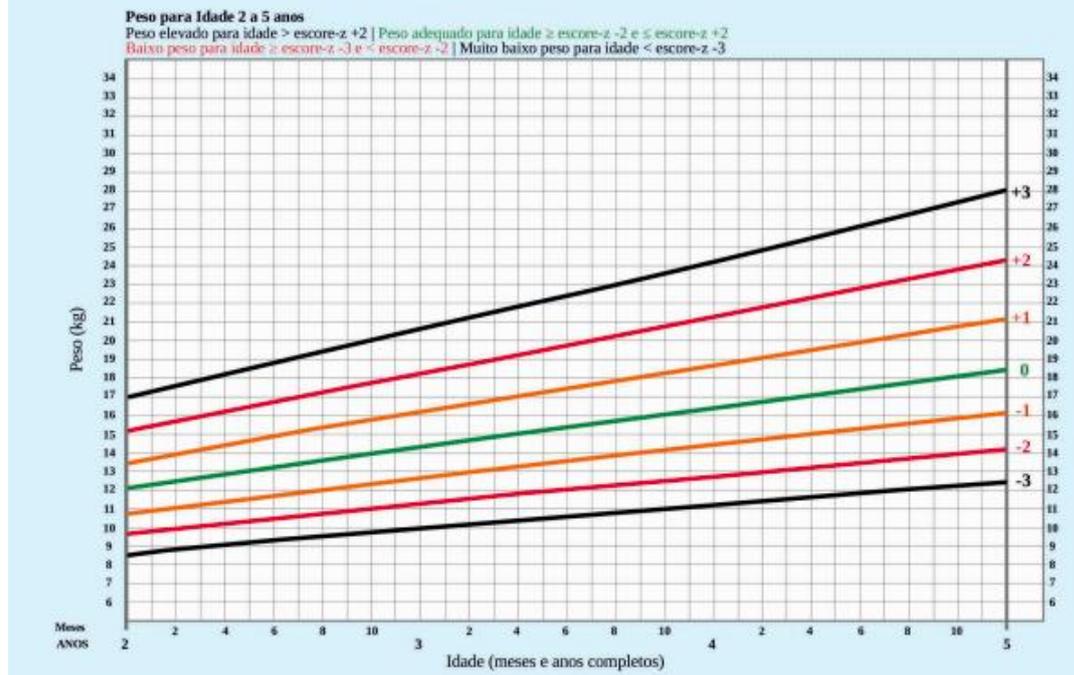


Gráfico de Peso para Idade de 2 a 5 Anos



Referências:

Manual AIDPI Neonatal : quadro de procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas; Organização Pan-Americana da Saúde. – 5. ed. 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maual_aidpi_neonatal_quadro_procedimentos.pdf

NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA - SAÚDE DA CRIANÇA. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2021.
https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/notatecnica_crianca-1-1.pdf

3.2.1 Versão digital do instrumento

A versão digital do instrumento foi desenvolvida utilizando a plataforma “Bubble.io”, conhecida por suas ferramentas versáteis para criação de aplicativo e de sites gratuitamente. O

processo envolveu o aprendizado por meio de vídeo aulas disponíveis na internet, permitindo que a pesquisadora adquirisse as habilidades necessárias para utilizar eficientemente a plataforma.

A versão digital do instrumento foi elaborada com base na versão final do instrumento, com o objetivo de criar um protótipo e exemplificar seu possível uso prático. Um aspecto importante da versão digital foi a implementação de um sistema de login para os profissionais. Dessa forma todas as vezes que eles utilizarem o instrumento ficará armazenado e eles poderão consultar os resultados depois.

A interface digital foi projetada de maneira a ser intuitiva e com comandos simples para facilitar a navegação. Instruções de uso estão disponíveis antes do início da aplicação, fornecendo orientações aos usuários. O Glossário também está acessível e pode ser consultado durante cada questão dos Fatores Biológicos, auxiliando os profissionais na compreensão dos termos técnicos.

Apesar da versão impressa do instrumento ser de fácil utilização acredita-se que uma versão digital pode torná-lo ainda mais prático e também atrativo para os profissionais utilizarem em seus atendimentos/prática do cotidiano. A facilidade de armazenamento e acesso aos dados coletados também é um benefício significativo, contribuindo para uma análise mais abrangente e eficiente das informações ao longo do tempo.

Segue algumas imagens do protótipo da versão digital do instrumento em desenvolvimento pela pesquisadora:

Figura 2 – Página inicial da versão digital do instrumento

**Bem Vindo ao CIDRDI (Checklist Intersectorial de
Detecção de Risco ao Desenvolvimento Infantil)**

O CIDRDI é um instrumento intersectorial para identificação de risco para o desenvolvimento infantil. Ele é uma ferramenta para auxiliar os profissionais na identificação de riscos e sistematizar as informações das crianças/famílias atendidas

Login

 Built on Bubble

Fonte: elaborado pela autora.

Figura 3 – Página de cadastro da versão digital do instrumento

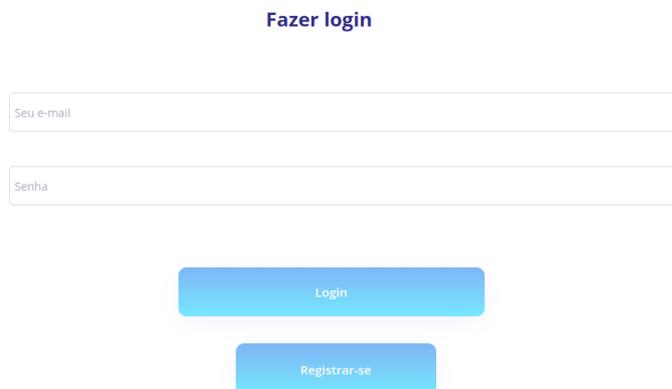
Fazer login

Seu e-mail

Senha

Login

Registrar-se



Fonte: elaborado pela autora.

Figura 4 – Página inicial (após cadastro) da versão digital do instrumento

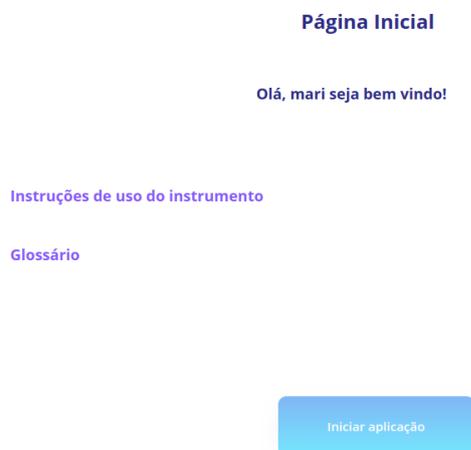
Página Inicial

Olá, mari seja bem vindo!

Instruções de uso do instrumento

Glossário

Iniciar aplicação



Fonte: elaborado pela autora.

Figura 5 – Página de identificação do profissional da versão digital do instrumento

Identificação

Data da avaliação:	Nome do Responsável:
Nome do Profissional:	Escolaridade do Responsável:
Formação:	
Serviço de Atuação:	
Nome da Criança:	
Data de nascimento:	Idade:
Escolaridade da Criança:	

[Próxima página](#)

Fonte: elaborado pela autora.

Figura 6 – Ilustração da aplicação da versão digital do instrumento

Fatores Ambientais

1- A família participa de algum programa de auxílio de renda do governo e/ou de outra instituição?
Se a resposta for sim, digite: "sim" e pontuação "1".
Se a resposta for não, digite: "não" e pontuação "0".

2- Na residência que a criança mora existem conflitos entre os moradores que podem impactar no seu desenvolvimento? (brigas frequentes, violência, gritos e etc).
Se a resposta for sim, digite: "sim" e pontuação "0".
Se a resposta for não, digite: "não" e pontuação "1".

[próxima pagina](#)

Fonte: elaborado pela autora.

Figura 7 – Ilustração do resultado final da aplicação da versão digital do instrumento

Resultado Final

Pontuação Fatores Biológicos	BAIXO RISCO- Fator com 7 ou mais pontos= orientação para ações a fim de melhorar e/ou prevenir algum possível risco e manter a família e a criança em ações e encontros periódicos nos serviços (monitoramento do desenvolvimento infantil).
<input type="text" value="9"/>	
Pontuação Fatores Ambientais	RISCO INTERMEDIÁRIO- Fator com 4 a 6 pontos= maior atenção com a família e criança dos setores competentes e orientações para melhorar e/ou prevenir maiores riscos.
<input type="text" value="4"/>	
Pontuação Fatores Familiares/Sociais	ALTO RISCO- Fator com 0 a 3 pontos = notificação para os serviços que atendem a família e a criança para investigação da situação e ações imediatas voltadas aos riscos detectados.
<input type="text" value="4"/>	
	OBSERVAÇÃO: Caso alguma questão relacionada à violência seja confirmada deve-se entrar em contato com os serviços de denúncia e proteção da criança de imediato.

[Voltar para Página Inicial](#)

Fonte: elaborado pela autora.

3.3 Etapa 3 – Pré-teste

No Pré-teste da pesquisa, participaram 12 profissionais da Saúde e da Educação. Infelizmente, não houve participação de profissionais da Assistência Social, apesar dos esforços realizados para estabelecer contatos bem-sucedidos nessa área.

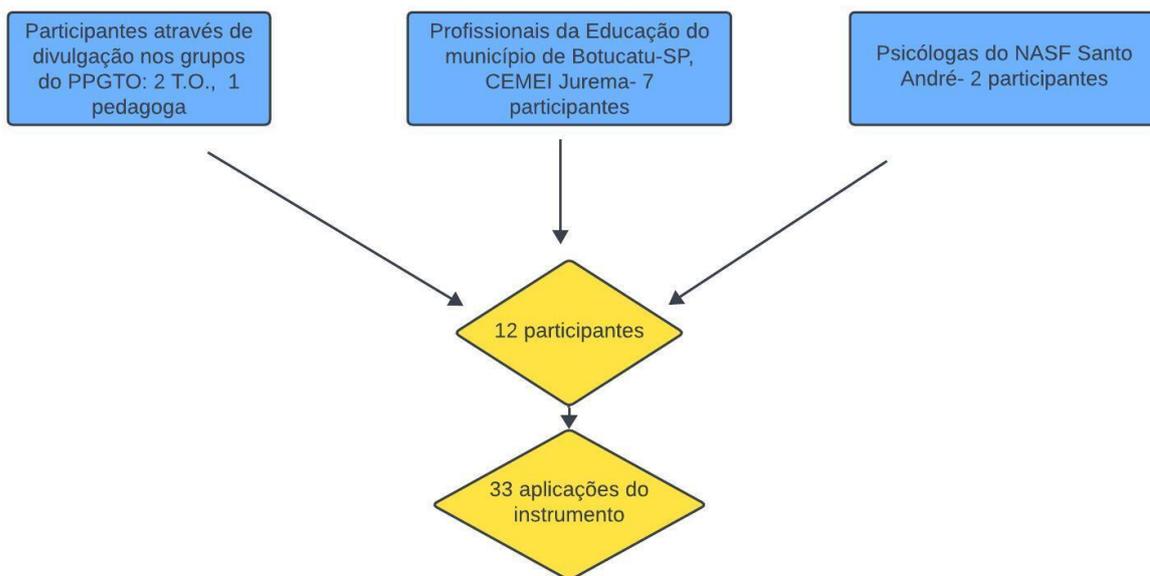
Dos 12 participantes, a distribuição por áreas de atuação foi a seguinte:

- 7 são profissionais da área da educação do município de Botucatu- SP, vinculados a um Centro Municipal de Educação Infantil (CEMEI);
- 1 é pedagoga em uma associação educacional do terceiro setor voltada para crianças em São Paulo- SP;
- 2 são psicólogas do NASF de Santo André- SP;
- 1 é Terapeuta Ocupacional (TO) em Santo André- SP;
- 1 TO em um serviço da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Rio de Janeiro- RJ.

Os participantes, além de aplicar o instrumento com as famílias, também responderam dois formulários online. O primeiro formulário avaliou o uso do instrumento na sua prática e,

o segundo avaliando as questões do instrumento com relação a sua pertinência e a compreensão, permitindo calcular o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC).

Figura 8 – Quadro de participantes da etapa de pré-teste



Fonte: elaborado pela autora.

3.3.1 Alpha de Cronbach

O Coeficiente Alpha de Cronbach foi obtido por meio do pacote *pingouin* da linguagem de programação *Python*. Como dados de entrada para o cálculo, foram utilizadas as 33 respostas do instrumento, previamente armazenados em uma planilha do *Microsoft Excel*. Devido ao número reduzido de respostas e considerando que o instrumento avalia um único fator – o risco para o desenvolvimento infantil, calculou-se o Coeficiente Alpha para toda a amostra. Isto é, não foi feita distinção entre os fatores biológico, ambiental e familiar. Considerando essas especificações, foi obtido um valor de alpha de 0,73 (valores desejáveis de alpha são ente 0,7 e 0,9), com intervalo de confiança (CI) a nível de significância de 90% variando de 0,61 a 0,83. O CI foi calculado seguindo o método de Feldt et al. (1987), e indica o intervalo em que o Coeficiente de Alpha pode ser encontrado com 90% de confiança.

3.3.2 Coeficiente de Validade de Conteúdo CVC

Para conferir os valores do CVC as respostas dos participantes foram convertidas em uma tabela do *Microsoft Excel* e as fórmulas descritas na metodologia foram empregadas através do

software *Python*. Os valores encontrados para cada uma das questões nos quesitos Pertinência e Compreensão, e o valor de CVC total do instrumento estão descritos detalhadamente na Quadro 7.

Quadro 7 - Coeficiente de Validade de Conteúdo para cada uma das questões do instrumento

Item	Questão	Coeficiente de Validade de Conteúdo	
		Compreensão	Pertinência
1	Sobre o histórico familiar da criança: Alguém da família (pais, irmãos, avós, tios ou primos de primeiro grau) teve/tem alguma doença genética e/ou crônica? Se sim, qual?	0.75	0.75
2	A criança nasceu a termo? (entre 37 e 42 semanas de idade gestacional) Se não, especificar com quantas semanas nasceu.	0.86	0.82
3	Houve alguma intercorrência/adoecimento com a mãe e/ou com o bebê no período gestacional? Se sim, qual/quais?	0.86	0.82
4	A mãe fez o pré-natal de acordo com as normas do Ministério da Saúde (ao menos 6 consultas e seguiu exames e orientações da equipe de saúde)?	0.86	0.82
5	A criança nasceu com peso e tamanho esperado para sua idade gestacional? (PIG- pequeno para idade gestacional peso menor que 2kg; AIG- adequado para idade gestacional entre 2kg e 4kg; GIG- grande para idade gestacional é maior que 4kg).	0.82	0.82
6	A mãe e/ou a criança tiveram alguma complicação antes, durante ou após o parto? Se sim, qual?	0.82	0.79
7	Segundo a equipe que acompanha a criança, ela apresenta desenvolvimento (cognitivo, motor, linguagem, comportamento) compatível com sua idade?	0.82	0.82
8	A criança está com o calendário vacinal completo para a sua idade?	0.86	0.82

9	A criança apresenta peso e tamanho adequados para sua idade, seguindo as referências do Ministério da Saúde? (valores de referência disponíveis no Glossário).	0.82	0.82
10	A família participa de algum programa de auxílio de renda do governo e/ou de outra instituição?	0.82	0.75
11	Na residência que a criança mora existem conflitos entre os moradores que podem impactar no seu desenvolvimento? (brigas frequentes, violência, gritos e etc)	0.75	0.89
12	A criança sofre/sofreu algum tipo de violência (física, verbal, psicológica, sexual ou negligência) ou trauma físico (acidente doméstico, queimaduras, quedas)?	0.75	0.89
13	Alguém que reside com a criança sofre/sofreu violência (violência física/verbal/psicológica/sexual) ou trauma (acidente doméstico, queimaduras, queda)? Se sim, explicar a situação.	0.75	0.82
14	Os pais ou responsáveis pela criança possuem renda mensal fixa?	0.86	0.82
15	A criança faz ou já precisou fazer algum tipo de trabalho para gerar renda para a família?	0.71	0.82
16	A renda familiar é suficiente para as necessidades básicas da família (alimentação e moradia, necessidades educacionais, necessidades relacionadas a saúde como medicamentos e/ou tratamentos, transporte e lazer)?	0.79	0.82
17	A criança frequenta os serviços de: saúde (), educação (), lazer/brincar (), assistência social ()? Se frequentar dois ou mais serviços assinalar “sim” e especificar quais.	0.71	0.82
18	Você tem conhecimento de queixas/comentários sobre a criança ter um comportamento diferente das demais crianças da mesma faixa etária com quem se relaciona?	0.86	0.82
19	A criança se mostra adaptada ao ambiente escolar?	0.86	0.79

20	Você tem conhecimento de relatos/evidências sobre dificuldades de aprendizagem da criança?	0.75	0.86
21	A criança apresenta sinais de negligência e/ou violência? (sem uniforme/uniforme ou roupa sujos; sem higiene básica; com muita fome; dor e/ou machucados). Se sim, qual/quais?	0.86	0.82
22	A família tem participação ativa na escola (diálogo/parceria/fácil acesso dos professores)?	0.86	0.79
23	A criança estabelece vínculos com adultos e/ou outras crianças?	0.86	0.79
24	A criança apresenta com frequência um ou mais desses comportamentos emocionais: choro intenso, agressividade, apatia, agitação, prostração ou ansiedade?	0.86	0.86
25	A criança tem bom relacionamento/afetividade com os principais cuidadores?	0.86	0.82
26	Algum dos cuidadores principais tem problemas decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas, ou tabagismo?	0.79	0.79
Final		0.81	0.82

Fonte: elaborado pela autora.

Conforme detalhado na metodologia, optou-se por utilizar para essa pesquisa o valor mínimo de CVC de 0,75 como aceitável. Com essa avaliação do CVC foi possível perceber que nem todas as questões atingiram esse valor estipulado de acordo com a bibliografia consultada. Das 26 questões: 2 não atingiram o valor esperado no quesito Compreensão. Apesar disso, a média final de Compreensão e de Pertinência foi 0,81 e 0,82, respectivamente. Sendo assim, ainda que algumas questões não tenham atingido a pontuação mínima estipulada, o instrumento como um todo atingiu o valor pré-estabelecido em ambos os aspectos avaliados.

3.3.3 Avaliação do uso do instrumento

Os participantes receberam também um *Google Forms* para ser respondido avaliando o uso do instrumento em sua prática contendo 7 questões, com respostas objetivas e uma pergunta aberta justificando as respostas. Apesar de ter 12 participantes na pesquisa, foram recebidas apenas 5 respostas do formulário.

Quadro 8 - Formulário de avaliação do uso do instrumento

Pergunta	Respostas	Comentários
A utilização do instrumento na sua prática no serviço foi: fácil, média ou difícil	80% fácil e 20% média	<p><i>“Foi fácil sanar as dúvidas das mães entrevistadas, o glossário e as explicações no próprio termo auxiliaram bastante.”</i></p> <p><i>“Fácil, rápida, instrumento de fácil compreensão por mim e pelas famílias”</i></p>
O tempo que você teve durante a sua rotina no serviço foi o suficiente para utilizar o instrumento?	80% sim e 20% médio	<p><i>“Durante minha consulta pude preencher, mas acredito que nas consultas médicas que tem menor tempo de duração seria bem mais difícil.”</i></p> <p><i>(sic.)</i></p> <p><i>“Foi possível encaixar a aplicação do instrumento nos momentos de atendimento das famílias” (sic.)</i></p> <p><i>“Agendei horários para realizar a entrevista.” (sic.)</i></p>
O instrumento foi útil para sua prática?	80% sim e 20% médio	<p><i>“Muitas informações são inicialmente fornecidas na matrícula da criança na educação, mas tinham informações extras que nos trazem mais próximos da trajetória da criança” (sic.)</i></p> <p><i>“Achei uma forma de compilar os dados sobre as crianças que as vezes ficam confusos no prontuário, uma forma de acompanhar a criança de forma mais atenta ainda.” (sic.)</i></p> <p><i>“Ajuda a formalizar o que já temos rastreado ao longo dos atendimentos/avaliações” (sic.)</i></p>
Você teve dificuldade em entender o funcionamento do instrumento?	80% não e 20% médio	<p><i>“Documento explicativo e também recebemos orientação da direção” (sic.)</i></p> <p><i>“Acredito ser fácil de aplicar e entender desde que tenhamos treinamento inicial.” (sic.)</i></p>
Você acredita que esse instrumento poderia ser adotado/incluído na rotina do seu serviço?	60% sim, 20% talvez e 20% não	<p><i>“Embora a anamnese do Serviço Social seja bem abrangente, este instrumento contém itens mais específicos não abordados pela equipe multidisciplinar, tais como questões associadas à violência ou negligência, e o uso excessivo de álcool e outras drogas.” (sic.)</i></p>

		<p><i>“Temos formulários próprios para o momento da matrícula e várias dessas questões são abordadas.” (sic.)</i></p> <p><i>“Penso que pode ser um instrumento direcionador para as avaliações que já acontecem informalmente nos serviços. Também penso que pode ser mais fidedigno do que algumas escalas já padronizadas para atraso de desenvolvimento, porque considera aspectos contextuais que alguns instrumentos não alcançam.” (sic.)</i></p> <p><i>“Acredito que se for através de um aplicativo sim, pois temos um número grande de crianças.” (sic.)</i></p>
<p>Se o instrumento fosse disponibilizado em um aplicativo de celular, você teria interesse em utilizá-lo?</p>	<p>80% sim e 20% não</p>	<p><i>“Não se faz necessário.” (sic.)</i></p> <p><i>“O uso do instrumento por aplicativo seria mais sustentável para o meio ambiente, uma vez que foram impressas cerca de 40 cópias (120 folhas) para a entrevista com 40 famílias na pesquisa de doutorado. Além disso, já existem serviços do SUS que utilizam o prontuário totalmente digital e conectado com os outros serviços de saúde do município de São Caetano do Sul/SP. Assim, o profissional que acessa o prontuário do paciente sabe em quais locais ele foi atendido, ou se deixou de comparecer a algum agendamento.” (sic.)</i></p> <p><i>“A praticidade hoje no uso da Internet nos permite maior rapidez para respostas.” (sic.)</i></p>
<p>Você tem algum outro comentário/sugestão sobre o instrumento?</p>	<p>----</p>	<p><i>“Este instrumento é de fácil aplicação, podendo complementar uma avaliação mais abrangente feita por profissional da saúde ou da educação.” (sic.)</i></p> <p><i>“Essa pesquisa é bastante interessante, mas realmente quando utilizamos formulário virtual a praticidade é maior. Mas aplicar pessoalmente foi gratificante e nos leva a refletir bastante e abre portas para acolhimento da família e criança.” (sic.)</i></p> <p><i>“Não. Acredito ser um instrumento bacana e rápido para avaliar riscos.” (sic.)</i></p>

		<p><i>“Seção fatores biológicos Pergunta 6: quando pergunta sobre "complicação" antes, durante ou depois do parto, sugiro que deem alguns exemplos do que são consideradas essas complicações, porque as pessoas tendem a entender complicação apenas como questões físicas/orgânicas, e entendo que uma depressão pós-parto, por exemplo, entraria como uma complicação relevante.</i></p> <p><i>Seção fatores ambientais Pergunta 2: sugiro incluir, para além de perguntas sobre violência dentro da residência da criança, também sobre violência no território. Eu trabalho em locais bastante vulneráveis e com constantes operações policiais aqui no Rio de Janeiro. Tem casos em que dentro de casa, entre os moradores, não há conflito, mas no território sim, e isso é relevante para considerar o risco.” (sic)</i></p>
--	--	--

Fonte: elaborado pela autora.

4 DISCUSSÃO

Na introdução do trabalho, foi enfatizada a importância de realizar o processo de validação dos instrumentos, visando assegurar que eles estejam efetivamente medindo aquilo que se propõem. Com o intuito atingir o objetivo de iniciar o processo de validação e gerar evidências de validade do instrumento, foram realizados procedimentos de análise do instrumento divididos em três etapas: análise do instrumento piloto por um grupo de experts (etapa 1); desdobramento cognitivo e consultoria com especialistas (etapa 2); e pré-teste, que compreende a validação de face, avaliação do uso do instrumento, e análise estatística do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) e do Alpha de Cronbrach (etapa 3).

A primeira e a segunda etapa possibilitaram a avaliação das perguntas e da linguagem empregada nas questões, permitindo que os participantes fornecessem sugestões e comentários para aprimorar a compreensão das questões e de seu conteúdo. Observou-se uma grande divergência entre os profissionais participantes, especialmente nas questões relacionadas aos fatores biológicos de risco. Embora tenham concordado com a importância das questões sobre a saúde da criança e da mãe/família desde a gestação até o presente momento de desenvolvimento da criança, divergências surgiram com relação aos termos, conceitos e parâmetros adotados por cada profissional.

Com base nessas sugestões e nas avaliações dos participantes, uma versão do instrumento foi desenvolvida, incorporando referências do ministério da Saúde e adicionando explicações e detalhes no glossário. Contudo, na análise do CVC, nem todas as questões atingiram os valores necessários no quesito Compreensão, evidenciando a complexidade em atingir consenso entre os profissionais com relação aos termos e conteúdos empregados, mesmo entre profissionais da mesma área de atuação, e a necessidade da utilização de parâmetros e protocolos mais unificados, principalmente entre os profissionais da saúde. Além disso, o fato de terem sido recebidas 5 respostas no formulário contribui para os valores mais baixos do que o esperado, já que a literatura enfatiza a importância de se utilizar poucos juízes/avaliadores, e que quanto maior a quantidade de participantes mais difícil é atingir os valores estipulados de concordância entre eles. Apesar das variações nos valores individuais das questões, os valores totais de Compreensão e de Pertinência atingiram valores acima de 0,8, demonstrando um bom resultado (MELGUIZO-HERRERA et al, 2023; SECKEL, BREDÁ e FONT, 2020; HERNÁNDEZ-NIETO, 2002 apud FILGUEIRAS et al, 2015; GUERREIRO, FILGUEIRAS, 2023).

A análise de confiabilidade, conduzida por meio do Alpha de Cronbach, resultou em um valor aceitável de 0,73 (variando de 0,6 a 0,8), indicando estabilidade interna entre os fatores

do instrumento. Esse resultado confirma a confiabilidade e estabilidade do instrumento, características fundamentais para sua utilização, conforme destacado por Matthiesen (2010), Streiner (2003) e Reis et al (2020).

A partir das respostas obtidas no formulário de avaliação preenchido pelos participantes, foi possível vislumbrar a relação dos profissionais com o instrumento em suas práticas. Comentários como *“Penso que pode ser um instrumento direcionador para as avaliações que já acontecem informalmente nos serviços. Também penso que pode ser mais fidedigno do que algumas escalas já padronizadas para atraso de desenvolvimento, porque considera aspectos contextuais que alguns instrumentos não alcançam.”*, e *“Este instrumento é de fácil aplicação, podendo complementar uma avaliação mais abrangente feita por profissional da saúde ou da educação”*, evidenciam a relevância do uso de instrumentos como ferramenta para organizar e sistematizar informações, além de aprofundar a compreensão do contexto da criança e da família.

Adicionalmente, ficou evidente que os profissionais reconhecem a importância do uso de instrumentos, alinhando-se com a literatura sobre o tema. Conforme Noer e Halpern (2018), aproximadamente 30% dos problemas relacionados ao desenvolvimento infantil são detectados apenas em julgamento clínico, ou seja, sem o auxílio de instrumentos e ferramentas de triagem, ressaltando a importância e a essencialidade do uso de instrumentos. Essa constatação corrobora com Franco (2015) e com os profissionais que participaram da pesquisa.

A avaliação dos participantes também indicou que o instrumento é de rápida aplicação e fácil compreensão, aspectos considerados prioritários desde sua concepção.

Foi observado que, para alguns participantes, o tempo disponível durante seus atendimentos com as famílias foi suficiente para a aplicação do instrumento, enquanto outros necessitaram agendar horários específicos para sua aplicação. Notou-se, ainda, uma consideração relevante de que nem todos os profissionais dispõem desse tempo.

Diante dessas considerações, é imprescindível refletir sobre possíveis soluções ou formas de minimizar essa situação, seja adotando abordagens mais práticas, como uma versão digital do instrumento, reduzindo sua extensão, ou ponderando como a limitação de tempo de atendimento nos serviços pode resultar em avaliações mais superficiais, comprometendo uma análise mais aprofundada da criança/família. No estudo de Noer e Halpern (2018), destaca-se a importância de uma avaliação infantil conduzida por pediatras, destacando a necessidade de um vasto conhecimento sobre o DI associado a instrumentos e ferramentas de

avaliação sistematizados. Eles também abordam a necessidade de testes de rápida aplicação, já que o tempo de consultas se torna um fator limitante para a utilização de instrumentos e de práticas mais aprofundadas.

Adicionalmente, ficou evidente o interesse dos profissionais em instrumentos digitais, confirmando que essa abordagem aumentaria a praticidade e viabilizaria uma utilização mais ampla, como dito nos comentários: *“Acredito que se for através de um aplicativo sim, pois temos um número grande de crianças.”* e que usariam o instrumento em uma versão digital *“Pela praticidade”*, porque *“Facilitaria sua utilização”* e *“A praticidade hoje no uso da Internet nos permite maior rapidez para respostas”*.

Um ponto relevante levantado por uma participante destaca a questão da sustentabilidade ambiental, ressaltando que uma versão digital seria mais ecológica, considerando o volume de páginas impressas do instrumento:

“O uso do instrumento por aplicativo seria mais sustentável para o meio ambiente, uma vez que foram impressas cerca de 40 cópias (120 folhas) para a entrevista com 40 famílias na pesquisa de doutorado. Além disso, já existem serviços do SUS que utilizam o prontuário totalmente digital e conectado com os outros serviços de saúde do município de São Caetano do Sul/SP. Assim, o profissional que acessa o prontuário do paciente sabe em quais locais ele foi atendido, ou se deixou de comparecer a algum agendamento.”

Os comentários e avaliações dos participantes corroboraram com a hipótese inicial da pesquisa, indicando que uma versão digital do instrumento seria mais prática e atrativa para os profissionais.

A Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) refere-se a diversos recursos tecnológicos destinados a viabilizar e aprimorar a comunicação em diversos aspectos. Atualmente, existe uma tendência mundial voltada ao uso e desenvolvimentos de TICs, demonstrando grande potencial quando aplicada por profissionais da saúde (mas não restrito unicamente a eles), especialmente na área da saúde móvel ou “mHealth”. Essa abordagem oferece maior rapidez e eficiência em sua aplicação, resultando em melhores resultados e ampliando o alcance para os profissionais e pacientes (TIBES et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2021). Além de contribuir para a promoção e educação em saúde, as TICs fortalecem a relação profissional/paciente, ao fornecer informações mais detalhadas e sistematizadas sobre os pacientes, facilitando também a realização de pesquisas e aplicação de protocolos em grande escala (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018; KIM et al., 2014; LEE et al., 2018; SILVA et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2021).

Diversos autores que investigam o uso de aplicativos para auxiliar profissionais da saúde também trouxeram resultados e reflexões sobre o potencial de utilizar TICs neste contexto, alinhando-se com as opiniões e avaliações dos participantes da pesquisa (JORGE et al., 2020; TIBES et al., 2015; MIRANDA, SALOMÉ, 2022; BARROS et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2021). Dentre essas iniciativas destaca-se no contexto brasileiro o desenvolvimento do TEDI (Triagem e Estimulação do Desenvolvimento Infantil), um aplicativo para avaliação e triagem do DI, baseado na versão brasileira (traduzida e adaptada) do instrumento SWYC (*Survey of Wellbeing of Young Children*) e com contribuições da Caderneta da Criança. Desenvolvido com parceria de algumas universidades com a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. O aplicativo conta também com alguns vídeos e quadros informativos para a família, auxiliando a estimulação da criança (MOREIRA et al., 2022).

A existência de iniciativas semelhantes mostra a potencialidade e a relevância desse tipo de pesquisa, confirmando a praticidade e o interesse dos profissionais em ferramentas tecnológicas para auxiliar suas práticas, corroborando com os resultados encontrados na pesquisa.

Entretanto, torna-se essencial desenvolver uma versão digital aprimorada do instrumento, garantindo sua divulgação ampla e proporcionando ferramentas de uso mais práticas do que a versão criada para a presente pesquisa. Aspectos que podem ser melhorados incluem a formulação de questões com respostas objetivas, a apresentação automática dos resultados, armazenamento de dados para acesso pelos profissionais, a conectividade com os prontuários online dos serviços e uma interface mais atrativa e intuitiva.

Cabe ressaltar que, mesmo com uma versão digital do instrumento, a utilização do instrumento em formato impresso permanece uma opção para profissionais que preferam ou que não possuam prontuários digitais nos serviços.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de instrumentos e ferramentas para apoiar as práticas de vigilância do desenvolvimento infantil está cada vez mais em destaque nas políticas públicas e nos estudos da área, bem como a intersectorialidade, promovendo uma atenção mais completa, aprofundada e integral na atenção à infância.

Nesse contexto, este estudo concluiu o desenvolvimento de um instrumento de avaliação de risco para o desenvolvimento infantil, iniciando seu processo de validação e gerando também evidências de validade. Foram realizadas algumas avaliações do instrumento por profissionais das áreas da assistência social, educação e saúde, especialistas na infância.

A partir dessas avaliações, foi possível criar a versão final do instrumento, um material completo, de aplicação rápida e fácil, com instruções e um glossário detalhado sobre as questões abordadas. Também foi desenvolvido um protótipo de versão digital do instrumento. Adicionalmente, avaliou-se o uso do instrumento na prática dos profissionais participantes e realizou-se a análise estatística do mesmo.

O instrumento atingiu os valores necessários em suas avaliações de confiabilidade, conduzida por meio do alpha de Cronbach, e também do Coeficiente da Validade de Conteúdo. O valor do Alpha foi de 0,73, enquanto os valores do CVC foram de 0,81 para Compreensão e 0,82 para Pertinência.

Desde a primeira coleta, o trabalho apresentou algumas limitações evidentes, iniciando-se pela dificuldade em obter resposta dos participantes em todas as etapas. Além da complexidade em encontrar pessoas disponíveis e interessadas em participar da pesquisa, uma grande limitação na terceira etapa foi a necessidade de aprovação dos gestores dos serviços, resultando em considerável atraso e dificuldades para contatar os participantes. Os processos de autorização por parte dos serviços mostram-se burocráticos e, muitas vezes, ineficientes. Exemplos disso incluem a situação com as secretarias de São Carlos, que exigiram a entrega impressa dos documentos e, após troca de gestão, perderam a documentação, causando atrasos significativos e dificultando a continuidade da coleta na cidade. Também houve dificuldades com a secretaria de Assistência Social de Botucatu, que autorizou a participação dos profissionais em dezembro de 2022, mas não permitiu quando o contato foi feito em julho de 2023 para iniciar a coleta de dados.

A comunicação e compreensão mostraram-se desafios constantes em todas as etapas do trabalho. Muitos participantes não responderam corretamente aos formulários devido à falta de

leitura ou compreensão inadequada das instruções. Esse problema também foi observado em alguns gestores, afetando a participação dos profissionais.

Essas adversidades e muitas outras dificuldades de comunicação atrasaram consideravelmente o início da última coleta de dados, resultando na redução do número de profissionais participantes. Infelizmente, o cenário atual apresenta grandes desafios para unir a academia à comunidade, e projetos benéficos para os profissionais dos serviços públicos e usuários enfrentam obstáculos consideráveis para serem implementados na prática.

Além das dificuldades relacionadas à coleta de dados, o trabalho apresenta limitações metodológicas, como a necessidade de aprimorar a sistematização da pontuação do instrumento. Isso inclui a realização de análises para determinar os scores e os níveis de risco, uma limitação identificada na avaliação preliminar do trabalho e que não foi possível abordar neste momento. Ademais, seria importante acrescentar uma pontuação diferente nas questões que abordam violência, pois, apesar de ficar definido ao final do instrumento que, caso alguma questão de violência seja detectada, os órgãos de proteção à criança devem ser acionados, é relevante que estas questões também definam um risco mais alto ao desenvolvimento infantil.

Apesar das limitações citadas, o estudo alcançou seus objetivos, apresentando resultados relevantes. No entanto, são necessários mais estudos e testes para que o instrumento possa ser divulgado e utilizado em larga escala, o que se pretende realizar na pesquisa de doutorado.

6 REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N.M.C; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3061-3068, 2011.
- ALVES, C.R., LASMAR, L.M; GOULART, L.M; ALVIM, C.G; MACIEL, G.V; VIANA, M.R. *et al* Quality of data on the child health record and related factors. **Cad Saude Publica**,25:583-95, 2009.
- ANDRADE, A.S; SANTOS, D.N; BASTOS, A.C; PEDROMÔNICO, M.R; ALMEIDA-FILHO, N; BARRETO, M.L *et al*. Family environment and child's cognitive development: an epidemiological approach. **Rev Saude Publica**, 39:606-11, 2005.
- ASSIS, D. C. M. d., MOREIRA, L. V. d. C., & FORNASIER, R. C. Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner: A influência dos processos proximais no desenvolvimento social das crianças. **Research, Society and Development**, 10(10), 2021.
- BALTIERI, L; SANTOS D.C; GIBIM, N.C; SOUZA, C.T; BATISTELA, A.C; TOLOCKA, E. Motor performance of infants attending the nurseries of public day care centers. **Rev Paul Pediatr**, 28:283-9, 2010.
- BARATIERI, T; SOARES L.G; BOTT, I M.L; CAMPANINI, A.C. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. **Rev Enferm UFSM**, 4(1):206-16, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8553/pdf>
- BARRETO, A. C. Paradigma sistêmico no desenvolvimento humano e familiar: a teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. **Psicologia em Revista**, 22 (2), 275-293, 2016.
- BENETTI, I. C., VIEIRA, M. L., CREPALDI, M. A., SCHNEIDER, D. R. Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. **Pensando Psicologia**, 9(16), 2013.
- BARROS, R. P; COUTINHO, D; MENDONÇA, R. (Eds.). Monitoramento e Avaliação: Desenhando e Implementando Programas de Promoção do Desenvolvimento Infantil com Base Em Evidências. In: **Avanços do Marco Legal da Primeira Infância**. Centro de Estudo e Debates Estratégicos. (p.196-201). Brasília. Câmara dos Deputados, 2016.
- BARROS, R. P. Sobre a Incorporação do Conhecimento Científico nas Políticas Públicas. In: **II Simpósio Internacional de Desenvolvimento da Primeira Infância**. São Paulo, São Paulo/Brasil: s/n, 2012.
- BARROS, W.C.T.S., DAL SASSO, G.T.M., ALVAREZ, A.G., RAMOS, S.F., MARTIN, S.R. Aplicativo para avaliação do nível de consciência em adultos: produção tecnológica em enfermagem. **Cogitare enferm.**, 24, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.60338>

BATISTINI, H.C. **Elaboração e validação de checklist de cuidados do enfermeiro ao paciente no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca**. 2018, Dissertação (Mestrado) Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018.

BEATTY, P. C; WILLIS, G. B. Research synthesis: the practice of cognitive interviewing. **Public Opin Q.** 71(2):287-311, 2007. doi: 10.1093/poq/nfm006.

BENSON, J; CLARK, F. A guide for instrument development and validation. **Am J Occup Ther.** 36(12):789-800, 1982. doi:10.5014/ajot.36.12.789

BLANCO E SILVA, F.B; GAÍVA, M.A.M. Dificuldades enfrentadas pelos profissionais na utilização da caderneta de saúde da criança. **Rev Bras Pesqui Saúde**, 18(2):96-103, 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15089/10691>

BONETT, D. G. Sample size requirements for testing and estimating coefficient alpha. **Journal of educational and behavioral statistics**, 27(4), 335-340, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 180 p., 2018.

BRASIL. Rede Nacional Primeira Infância (RNPI); ANDI Comunicação e Direitos. **Plano Nacional Primeira Infância: 2010 - 2022 | 2020 – 2030**. 2ª ed. Brasília, DF: RNPI/ANDI, 260 p., 2020. Disponível em: <https://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2020/10/PNPI.pdf> (acesso em 30 de novembro de 2023)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nova versão da Caderneta da Criança será enviada para todo o Brasil**. [acesso em 5 setembro 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/janeiro/nova-versao-da-caderneta-da-crianca-sera-enviada-para-todo-o-brasil>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual AIDPI Neonatal: quadro de procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas; Organização Pan-Americana da Saúde**. – 5. ed. 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maual_aidpi_neonatal_quadro_procedimentos.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada- Saúde da Criança**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/notatecnica_crianca-1-1.pdf

BRONFENBRENNER, U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.

BRONFENBRENNER, U., MORRIS, P. The ecology of developmental processes. In: W. Damon (Org.). **Handbook of child psychology** (1), 993-1027, 1998.

CALDANA, G; GABRIEL, C. S. Avaliação do Programa de Acreditação Hospitalar: validação de face e conteúdo. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], v. 70, n. 1, pp. 47-53, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0184>>. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0184>.

CAMINHA, M. F. C. et al. VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: ANÁLISE DA SITUAÇÃO BRASILEIRA. **Revista Paulista de Pediatria** [online], v. 35, n. 01 [Acessado 20 Outubro 2022] , pp. 102-109, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;1;00009>>. Epub 20 Fev 2017. ISSN 1984-0462. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;1;00009>.

COSTA, B. R. L. Bola de Neve Virtual: O Uso das Redes Sociais Virtuais no Processo de Coleta de Dados de uma Pesquisa Científica. **Revista Interdisciplinar de Gestão Social**, [S. l.], v. 7, n. 1, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/rigs/article/view/24649>. Acesso em: 1 nov. 2023.

COX, J. E; HUNTINGTON, N; SAADA, A; EPEE-BOUNYA, A; SCHONWALD, A. D. Developmental Screening and Parents' Written Comments: An Added Dimension to the Parents' Evaluation of Developmental Status Questionnaire. **Pediatrics**, 126 (Supplement 3), S170–S176, 2010.

DA CIÊNCIA à prática: os programas de apoio ao desenvolvimento infantil na América Latina / [coordenação-geral Andréia Peres e Marcelo Bauer]. – São Paulo: Cross Content, 2018. Cap. 2-4.

DELLA BARBA, P.C.S. **Avaliação da grade curricular e conhecimentos de residentes em pediatria sobre vigilância do desenvolvimento**. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos, 2007. Acessado em 04 de setembro de 2023, disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/2838/1615.pdfsequence=1&isAllowed=y>
DELLA BARBA, P. C. S. Monitoramento do Desenvolvimento Infantil à luz do Modelo de Construção de Capacidades Centrado na Família. Projeto de pesquisa financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo e Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, processo 2015/50508-6, 2015b.

DELLA BARBA, P. C. S.; FRANCO, M. F.; NUNES, A. C.; FOLHA, D. R. S. C.. Concepções de risco ao desenvolvimento infantil de uma equipe multiprofissional e reflexões à luz da Terapia Ocupacional. **REVISTA FAMÍLIA, CICLOS DE VIDA E SAÚDE NO CONTEXTO SOCIAL**, 2021.

DELLA BARBA, P.C.S et al. Formação em vigilância do desenvolvimento infantil na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Iniciação Científica**, [S.l.], v. 4, n. 2, nov. 2016. ISSN 2359-232X. Disponível em: <<https://periodicos.itp.ifsp.edu.br/index.php/IC/article/view/494>>. Acesso em: 20 out. 2022.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). **Libro Blanco de la Atención Temprana**. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, 2005.

FELISBERTO, E; DE CARVALHO, E.F; MAGGI, R.S; SAMICO, I. Implementation process evaluation of the Integrated management childhood illness strategy in the Family Health Program, Pernambuco state, Brazil. **Cad Saude Publica**, 18:1737-45, 2002.

FELDT, L. S., WOODRUFF, D. J., SALIH, F. A. Statistical inference for coefficient alpha. *Applied Psychological Measurement*, 11(1):93-103, 1987.

FIGLIE, N; FONTES, A; MORAES, E; PAYÁ, R. Children of addicted parents with Bio-psychosocial risk factors: do they need a special care? **Rev Psiq Clin**, 31:53-62, 2004.

FIGUEIRAS, A.C. et al. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2003, v. 19, n. 6 [Acessado 20 Outubro 2022] , pp. 1691-1699. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600013>>. Epub 23 Jan 2004. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600013>.

FIGUEIRAS, A.C; SOUZA, I.C; RIOS, V.G; BENGUIGUI, Y [homepage on the Internet]. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI [cited 2010 Apr 03]. Available from: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/vigilancia.pdf>

FILGUEIRAS, A. et al. Tradução e adaptação semântica do Questionário de Controle Atencional para o Contexto Brasileiro. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 32, n. 2, p. 173–185, abr. 2015.

FRANCO, M. F; DELLA BARBA, P. C. **Concepções sobre risco ao desenvolvimento infantil de uma equipe de profissionais que atua na primeira infância**. Projeto FAPESP 2018/18982-8, 2019.

FRANCO, V. **Introdução à Intervenção Precoce no desenvolvimento da criança com a família, na comunidade, em equipe**. Edições Aloendro. 2015. Capítulo 3: Avaliação e Diagnóstico.

FRANCO, V., APOLÓNIO, A. **ODIP – Organização diagnóstica em Intervenção Precoce, versão portuguesa**. Évora: Universidade de Évora, 2010.

FUNDAÇÃO Maria Cecília Souto Vidigal - FMCSV. **Política Nacional Intersectorial para a Primeira Infância**. Apresentação. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2019. Disponível em <https://www.fmcsv.org.br/pt-BR/biblioteca/politica-nacionalintersectorial-primeira-infancia/>.

GUIMARÃES, A. F.; CARVALHO, D. V.; MACHADO, N. Á.; BAPTISTA, R. A.; LEMOS, S. M. A. Risco no atraso de desenvolvimento de crianças de dois a 24 meses e sua associação com a qualidade do estímulo familiar. **Revista Paulista de Pediatria**, 31 (4), 252-258, 2013.

GUERREIRO, C. F.; FILGUEIRAS, A. Tradução, adaptação semântica e validação de conteúdo do New Ecological Paradigm Scale for Children para o português brasileiro. **Revista Meta: Avaliação**, [S.l.], v. 15, n. 48, p. 555-577, sep. 2023. ISSN 2175-2753. Disponível em: <<https://revistas.cesgranrio.org.br/index.php/metaavaliacao/article/view/3960>>. Acesso em: 14 nov. 2023. doi:<http://dx.doi.org/10.22347/2175-2753v15i48.3960>.

GURALNICK, M. J. Why Early Intervention Works A Systems Perspective. **Infants & Young Children** Vol. 24, No. 1, pp. 6–28, 2011.

GURALNICK, M. J. Merging Policy Initiatives and Developmental Perspectives in Early Intervention. **Escritos de Psicologia**, Vol. 8, no 2, pp. 6-13. Mayo-Agosto 2015.

GURALNICK, M. J. International perspectives on early intervention: a search for common ground. **Journal of Early Intervention**, 30(2), 90–101, 2008.

HALPERN, R; FIGUEIRAS, A.C. Environmental influences on child mental health. **J Pediatr (Rio J)**, 80:104-10, 2004.

HECKMAN, J. J. Investir nos mais jovens. In: Tremblay, R. E., Barr, R. G, Peters, R. D. V., Boivin, M. (Eds.) **Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância** [on-line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; v.1-2, 2010.

HORA, H. R. M; MONTEIRO, G. T. R; ARICA, J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**, v.11, n.2, p.85-103, 2010.

JORGE, M. S. B. et al.. Mobile web application for use in the Extended Family Health and Primary Care Center: content and usability validation. **Revista CEFAC**, v. 22, n. 3, p. e3519, 2020.

KIM, J. H., KWON, S.-S., SHIM, S. R., SUN, H. Y., KO, Y. M., CHUN, D.-I., YANG, W. J., SONG, Y. S. Validation and Reliability of a Smartphone Application for the International Prostate Symptom Score Questionnaire: A Randomized Repeated Measures Crossover Study. **Journal of Medical Internet Research**, 2014, 16(2). <https://doi.org/10.2196/jmir.3042>

KOIZUMI, M. S. Fundamentos metodológicos da pesquisa em Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. 1992, v. 26, n. spe [Acessado 2 Setembro 2021] , pp. 33-47. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0080-62341992026ESP00033>>. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/0080-62341992026ESP00033>.

LANZA, F. M. *et al.* Instrumento para avaliação das ações de controle da hanseníase na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2014, v. 67, n. 3 [Acessado 18 agosto 2021], pp. 339-346. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140044>>. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140044>.

LARI, L. V; LOURENÇO, G. F; BARBA, P. C. D. S. D. Legislações e documentos brasileiros sobre a atenção à criança e suas implicações para o monitoramento do desenvolvimento infantil. **Da Investigação às Práticas: Estudos de Natureza Educacional**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 4–20, 2018. DOI: 10.25757/invep.v8i2.156. Disponível em: <https://ojs.eselx.ipl.pt/index.php/invep/article/view/156>. Acesso em: 25 out. 2022.

LEE, J. H., PARK, Y. R., KWEON, S., KIM, S., Ji, W., CHOI, C.-M. A Cardiopulmonary Monitoring System for Patient Transport Within Hospitals Using Mobile Internet of Things Technology: Observational Validation Study. **JMIR MHealth and UHealth**, 2018, 6(11). <https://doi.org/10.2196/12048>

Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe da Lei do Marco Legal para a Primeira Infância. Diário Oficial da União. Brasília-DF. Disponível em <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=13257&ano=2016&ato=306QzZq50dZpWTf48>

LEONARD, J. Using Bronfenbrenner’s Ecological Theory to Understand Community Partnerships: A Historical Case Study of One Urban High School. **Urban Education**, 46(5), 987–2010 (2011).

LOSAPIO, M. F; PONDE, M. P. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre , v. 30, n. 3, p. 221-229, Dec. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000400011&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000400011>.

MADASCHI, V; MECCA, T. P; MACEDO, E. C; PAULA, C. S. Bayley-III scales of infant and toddler development: Transcultural adaptation and psychometric properties. **Paidéia** (Ribeirão Preto), 26(64), 189-197. 2016. doi:10.1590/1982-43272664201606.

MAIA, J.M; WILLIAMS, L.C. Risk and protective factors for child development. **Temas Psicol**, 13:91-103, 2005.

MARIA-MENGEL, M.R; LINHARES, M.B. Risk factors for infant developmental problems. **Rev Latino-Am Enfermagem**, 15:837:42, 2007.

MARQUES, J. B.V., FREITAS, D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Pro-Posições**, Campinas , v. 29, n. 2, p. 389-415, ago. 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072018000200389&lng=pt&nrm=iso

MATTHIESEN, A. Uso do Coeficiente Alfa de Cronbach em Avaliações por Questionários. Embrapa Roraima-Documents (**INFOTECA-E**), 2010. Disponível em <<https://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/bitstream/doc/936813/1/DOC482011ID112.pdf>>

MELGUIZO-HERRERA, E., MANRIQUE-ANAYA, Y., TORRES-CONTRERAS, C., RIVERA-CARVAJAL, R., HUESO-MONTORO, C. Validation of Nursing Outcome Indicators in Patients with Postsurgical Delirium. **Invest. Educ. Enferm.** 41(3):e11, 2023.

MIRANDA, F. D., SALOMÉ, G. M. Development of a mobile app to assess, treat and prevent pressure injury. **Acta Paul Enferm**, v. 35, eAPE0329345, May. 2022.

MOREIRA, R. S., MAGALHÃES, L. C., SIQUEIRA, C. M., ALVES, C. R. L. Adaptação Transcultural do instrumento de vigilância do desenvolvimento infantil "Survey of Wellbeing of Young Children (SWYC)" no contexto brasileiro. **Journal of Human Growth and Development** v. 29, n. 1, p. 28-38, 2019. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822019000100005&lng=pt&nrm=iso

MOREIRA, R. S., MOREIRA, J.M., ESCARCE, A. G., GUIMARÃES, M. A. P., FERREIRA, R.C., OLIVEIRA, R. M. S., FARIAS, A. V. S. R., SANTANA, D. C., VIEIRA, L. L. O., AZEVEDO, V. M. G. O., ALVES, C. R. L. TEDI – uma ferramenta eletrônica brasileira para avaliação do desenvolvimento infantil. **Revista Brasileira de Avaliação**, 11(3 spe), e111422, 2022. <https://doi.org/https://doi.org/10.4322/rbaval202211014>

NOER, C., HALPERN, R, O pediatra e a promoção do desenvolvimento infantil: otimizando a consulta. **Residência Pediátrica**, 8(3):156-162, 2018.

NUNES, A. C. **Adaptação transcultural e validação da escala Evaluación de las necesidades familiares para uso com famílias brasileiras de crianças e adolescentes com deficiência.** Tese (Doutorado), Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019. 189 p.

OLIVEIRA, L. L. *et al.* Desenvolvimento infantil: concordância entre a caderneta de saúde da criança e o manual para vigilância do desenvolvimento infantil. **Revista Paulista de Pediatria** [online]. 2012, v. 30, n. 4 [Acessado 20 Outubro 2022] , pp. 479-485. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-05822012000400004>>. Epub 04 Jan 2013. ISSN 1984-0462. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822012000400004>.

OLIVEIRA, E. N.; MELO, B. T. .; CARVALHO, A. G. .; MELO , F. V. D. .; COSTA, J. B. C. .; LIMA, G. F. .; ARAGÃO , H. L. .; PRADO, F. A. .; RIBEIRO, L. M. .; SILVA, M. de L. B. da .; ALVES SANTOS , L. . Application validation in the health context: integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 15, p. e201101522847, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i15.22847. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22847>. Acesso em: 12 dec. 2023.

PAIXÃO, G. M; COSTA, N. C; VIEIRA, A. C.S. A Caderneta da Criança e a terapia ocupacional na atenção básica à saúde. **Saúde Em Debate**, 46(spe5), 13–21, 2022. Disponível em < <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E501>>.

PASQUALI L. Psicometria. **Rev Esc Enferm USP**, 43(Esp):992-99, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reensp/v43nspe/a02v43ns.pdf>>.

PEDSTEST. PEDStest, 2024. Disponível em: <https://pedstest.com/>. Acesso em: 18 de janeiro de 2024.

PERES, A., BAUER, M. (coord.) **Da ciência à prática: os programas de apoio ao desenvolvimento infantil na América Latina**. São Paulo: Cross Content, 2018.

RAMOS, M. M. A., BARBA, P. C. S. D. Ages and Stages Questionnaires Brazil in monitoring development in early childhood education. **Anais Da Academia Brasileira De Ciências**, 93, e20201838, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0001-3765202120201838>

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA, A Intersetorialidade nas políticas da primeira infância, 2015. <<http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/07/GUIAINTERSETORIAL.pdf>> (acesso 16 de abril de 2018).

REICHERT, A.P.S; COLLET, N; EICKMANN, S.H; LIMA, M.C. Child development surveillance: intervention study with nurses of the Family Health Strategy. **Rev Latino-Am Enferm.**, 23(5):954-62, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/283805220>

REIS, H. I. S; NEVES, M. D; DIXE, M. A. Versão Portuguesa Da Medida Do Processamento Sensorial Pré-escola: Análise Da Consistência Interna E Homogeneidade Dos Itens Do Formulário Escola. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília, v. 26, n. 4, p. 657-672, out. 2020. Disponível em <http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382020000400657&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 nov. 2023. Epub 09-Dez-2020. <https://doi.org/10.1590/1980-54702020v26e0165>.

SABINO, L.A.A.S. **Elaboração de um Protocolo de Avaliação da Função Manual de Crianças com Paralisia Cerebral: etapa inicial**. 284f. Dissertação (Mestrado) -Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

SANTOS, R. S; ARAÚJO, A. P; PORTO, M. A. S. Early diagnosis of abnormal development of preterm newborns: Assessment instruments. **Jornal de Pediatria**, 84(4), 289-299, 2008. doi:10.1590/S0021-75572008000400003.

SANTOS, M.E; QUINTÃO, N.T; de ALMEID, R.X. Evaluation of the mark of child development according to strategy integrated management of childhood illness. **Esc Anna Nery**, 14:591-8, 2010.

SECKEL, J., BRENDA, S. A., FONT, V. Diseño, Validación y Rediseño de un instrumento para identificar concepciones del profesorado sobre el uso de robots en el aula matemática. **In: 5 Encuentro Internacional de Investigación en Educación Matemática- EIEM**, 2020, BARRANQUILLA.

SILVA, M. I. A. F. da; MARINI, B. P. R.; BARBA, P. C. de S. D. Políticas públicas para a infância e intervenção precoce no Brasil: Conexões e desafios. **Temas em Educação e Saúde**, Araraquara, v. 18, n. 00, p. e022014, 2022. DOI: 10.26673/tes.v18i00.16806. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/16806>. Acesso em: 6 set. 2023.

SILVA, M. I. A. F. **Intervenção Precoce na Infância: Revisão de literatura no contexto brasileiro**. 2022. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/16208>. Acesso em: 6 de setembro de 2023.

SILVA, D.I; VERISSIMO, M.L.R; MAZZA, V.A. Vulnerabilidade no desenvolvimento infantil: influência das políticas públicas e programas de saúde. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 11-18, 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 set. 2023. <http://dx.doi.org/10.7322/JHGD.96760>.

SILVA, R. M., BRASIL, C. C. P., BEZERRA, I. C., QUEIROZ, F. F. S. N. Mobile health technology for gestational care: evaluation of the GestAção's app. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2019, 72(suppl 3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0641>

SOARES, A. H; MARTINS, A.J; LOPES, M. D.C.B; DE BRITTO, J.A.A; DE OLIVEIRA, C.Q; MOREIRA, M.C.N., Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Vol.16(7), p.3197(10), July, 2011.

SOUZA, J. C., HICKMANN, A. A., LUZ, A. A., HICKMANN, G. M. A influência das emoções no aprendizado de escolares. **Rev. bras. Estud. pedagog.** 101(258), 382-403, 2020.

SQUIRES, BRICKER. Ages & Stages Questionnaires, Third Edition (ASQ-3), Paul H. Brookes Publishing Co. 2009.

STREINER, D. L. Starting at the Beginning: An Introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency. **Journal of Personality Assessment**, 80(1), 99103, 2003. doi:10.1207/s15327752jpa8001_18

SWYC- www.theswyc.org 2013.

TEIXEIRA, J.A. *et al.* Studies on the Child Handbook in Brazil: a scoping review. **Revista de Saúde Pública** [online]. v. 57, 2023 [Acessado 5 Setembro 2023], 48. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004733>>. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004733>.

TIBES, C. M., CHERMAN, E. A., SOUZA, V.M.A., WESTIN, U. M., ZEM-MASCARENHAS, S. H., ÉVORA, Y. D. M. Avaliação de um aplicativo para apoio à decisão no cuidado de úlceras por pressão. **Nuevas Ideas en Informática Educativa TISE**. 2015.

Disponível em <https://www.tise.cl/volumen11/TISE2015/191-199.pdf> (acesso 12 de dezembro de 2023).

TIBES, C. M., DIAS, J. D., WESTIN, U. M., DOMINGUES, A. N., ZEM-MASCARENHAS, S. H., ÉVORA, Y. D. M. Development of digital educational resources for nursing education. **Journal of Nursing UFPE on Line**, 2017. 11(Supl. 3), 1326–1334. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13972/16816>

TUDGE, J. A teoria de Urie Bronfenbrenner: uma teoria contextualista? **Família e educação: olhares da Psicologia**. 2. ed. São Paulo: Paulinas, 209-231, 2012.

VAZ, D.V; SILVA D. K. E; CAMPOS, D. S; ANTUNES, A. A. M; MAGALHÃES, L. C; FURTADO, S.R.C. Aplicação de entrevistas cognitivas para produção de versões brasileiras de instrumentos de avaliação da prática centrada na família. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**. 2018 jan. -abr.;29(1):41-9.

VENANCIO, S.I; GRANGEIRO, G.P. A Caderneta da Criança como instrumento para vigilância do desenvolvimento infantil. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Caderneta da Criança: instrumento intersectorial para promoção da atenção integral à saúde da criança**. Caderneta da Criança para vigilância do desenvolvimento infantil. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.

VERCH, K. **Primeira Infância Melhor: Transformando a atenção aos primeiros anos de vida na América Latina: desafios e conquistas de uma política pública no sul do Brasil**. Editado por Florencia López Boo e Mayaris Cubides Mateus. Set. 2017.

VIDAL, S.A; SILVA, E.V; OLIVEIRA, M.G; SIQUEIRA, A.M; FELISBERTO, E; SAMICO, I. *et al.* Evaluation of the integrated management childhood illness (IMCI) strategy application by community health agents. **Rev Bras Saude Mater Infant**, 3:205-13, 2003.

VIEIRA, D.S; DIAS, T.K.C; PEDROSA, R.K.B; VAZ, E.M.C; COLLET, N; REICHERT, A.P.S. Processo de trabalho de enfermeiros na vigilância do desenvolvimento infantil. **REME – Rev Min Enferm.** 2019[citado em];23:e-1242 Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1388> DOI: 10.5935/1415-2762.20190090

VIEIRA, M.E; RIBEIRO, F.V; FORMIGA, C.K. Principais instrumentos de avaliação do desenvolvimento da criança de zero a dois anos de idade. **Rev Mov**, 2:23-31, 2009.

WONG, S.T; LYNAM, M.J; KHAN, K.B; SCOTT, L; LOOCK, C. The social paediatrics initiative: a RICHER model of primary health care for at risk children and their families. **BMC Pediatr**. 2012 Oct 4;12:158. doi: 10.1186/1471-2431-12-158. PMID: 23034058; PMCID: PMC3507695.

World Health Organization. **Digital health**. World Health Organization, 2018. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R7-en.pdf?ua=1

ZEPPONE, S.C; VOLPON, L.C; DEL CIAMPO, L.A. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria** [online]. 2012, v. 30, n. 4 [Acessado 20 Outubro 2022] , pp. 594-599. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-05822012000400019>>. Epub 04 Jan 2013. ISSN 1984-0462. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822012000400019>.

ZIMMERMANN, J.J. **Padrão de respostas ao instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF através do método da entrevista cognitiva**. Dissertação (doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

APENDICE A – CARTA CONVITE

Olá, meu nome é Mariana Ferrari Franco, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCAR, e estou realizando a pesquisa: Validação de instrumento intersetorial para detecção de risco para o Desenvolvimento Infantil, sob orientação da Profa. Dra. Patrícia Carla de Souza Della Barba.

Na graduação realizei uma pesquisa de Iniciação Científica com o tema: Concepções sobre risco ao desenvolvimento infantil de uma equipe de profissionais que atua na primeira infância, também sob orientação da Profa. Patrícia Della Barba, e com financiamento da FAPESP. O estudo se baseou no trabalho intersetorial, e teve como principal objetivo analisar os conceitos de risco para o desenvolvimento infantil trabalhados pelas diferentes áreas profissionais de uma equipe multiprofissional que atua em município de pequeno porte do estado de São Paulo.

Ao finalizar a pesquisa, os resultados evidenciaram uma grande lacuna na forma que os profissionais identificam risco, com destaque para a falta de embasamento em referencial teórico e a não utilização de qualquer instrumento específico para avaliação de risco para o desenvolvimento infantil.

Considerando que a literatura enfatiza a importância do uso de instrumentos para sistematizar os processos de avaliação e também para embasamento teórico dos profissionais com relação às concepções de risco que eles trabalham, foi elaborado um instrumento (“checklist”) para auxiliar a avaliação de risco realizada pelos profissionais das três áreas trabalhadas no estudo: assistência social, educação e saúde e facilitar tanto a observação e avaliação da criança e da família como também os encaminhamentos posteriores caso seja identificado algum atraso ou alteração no desenvolvimento infantil que necessite de maior atenção.

Esse documento foi elaborado a partir de uma atualização da revisão bibliográfica e dos elementos trazidos pelos profissionais acerca dos fatores de risco que eles identificam nos serviços que atuam. A intenção é que esse instrumento seja utilizado pelos profissionais para auxiliar na identificação e avaliação de risco para o desenvolvimento infantil que as crianças e famílias estão sujeitas. O instrumento aborda 3 grandes eixos de fatores de risco: fatores biológicos, fatores ambientais e fatores familiares/sociais, seguindo a literatura consultada. O teste tem 28 questões de resposta “sim” ou “não” a serem assinaladas pelos próprios profissionais, e ao final uma questão aberta a respeito de uma possível ação interdisciplinar a ser tomada após o resultado do teste. As questões têm pontuação 1 ou 0, e a depender do escore

total a criança pode ser identificada como “baixo risco”, “risco intermediário” e “alto risco”, com sugestões de ações a serem tomadas a depender do resultado do teste.

No projeto anterior foi elaborado um instrumento piloto e foi iniciado um processo de validação. No entanto ainda se fazem necessários outros processos para consolidar o instrumento e finalmente sua validação final. Dessa forma o objetivo do projeto de mestrado “Validação de instrumento intersetorial para detecção de risco para o Desenvolvimento Infantil”, é iniciar a validação do instrumento, realizando a análise do instrumento piloto, o desdobramento cognitivo e o Pré-Teste do instrumento final pelo público alvo, tornando-o confiável e pronto para sua validação final para, posteriormente, ser utilizado pelos profissionais dos serviços de atenção básica, educação e assistência social. Ainda, o presente trabalho pretende desenvolver uma versão digitalizada do instrumento final, mediante interesse dos profissionais a esse tipo de ferramenta, buscando aumentar a praticidade e agilidade na sua aplicação.

Você está sendo convidado para participar da etapa de Análise do Instrumento Piloto. Caso aceite, para esse processo enviarei o instrumento (checklist) na forma que ele seria disponibilizado aos profissionais, e também um questionário contendo cada questão do instrumento, e sua avaliação a ser assinalada, dividida em: pertinente, não pertinente, compreensível, não compreensível, e uma pergunta aberta para sugestão de mudança ou comentário sobre a questão. Esse processo de avaliação do instrumento levará em média 20 a 30 minutos.

Desde já agradeço, a sua participação irá contribuir para que um novo instrumento possa ser utilizado nos serviços que atendem à primeira infância, fazendo com que a detecção de risco para o desenvolvimento infantil ocorra de forma mais rápida e eficiente, e que as famílias e crianças que precisem sejam encaminhadas e recebam atendimento mais rapidamente nos devidos serviços.

Para mais informações ou dúvidas, seguem os contatos da pesquisadora:

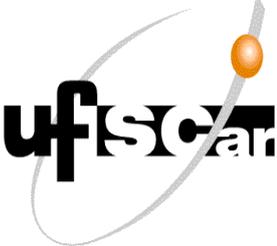
e-mail: mariff97@hotmail.com

Telefone: (14) 98811-6829

Desde já agradeço,

Mariana

APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS Centro de Ciências Biológicas e da Saúde Terapia Ocupacional Rod. Washington Luís, Km.235-C.P.676-CEP 13565-905-São Carlos-SP. Tel./Fax: (16) 3351-9787</p>
---	---

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: *“Validação de instrumento intersetorial para detecção de risco para o Desenvolvimento Infantil”*

Você foi convidado para participar de nossa pesquisa devido à sua experiência na área da primeira infância, sendo importante esclarecer que sua participação NÃO é obrigatória.

O objetivo deste estudo é iniciar o processo de validação do instrumento, realizando a análise do instrumento piloto, o desdobramento cognitivo e o Pré-Teste do instrumento final pelo público-alvo, tornando-o confiável e pronto para sua validação final para, posteriormente, ser utilizado pelos profissionais dos serviços de atenção básica, educação e assistência social.

A intenção é que esse instrumento seja utilizado pelos profissionais para auxiliar na identificação e avaliação de risco para o desenvolvimento infantil que as crianças e famílias estão sujeitas. O instrumento aborda 3 grandes eixos de fatores de risco: fatores biológico, fatores ambientais e fatores familiares/sociais, seguindo a literatura consultada. O teste tem 28 questões de resposta “sim” ou “não” a serem assinaladas pelos próprios profissionais, e ao final uma questão aberta a respeito de uma possível ação interdisciplinar a ser tomada após o resultado do teste. As questões tem pontuação 1 ou 0, e a depender do escore total a criança pode ser identificada como “baixo risco”, “risco intermediário” e “alto risco”, com sugestões de ações a serem tomadas a depender do resultado do teste.

Espera-se que os resultados da pesquisa possam tornar o instrumento seguro e válido para ser utilizado pela rede de atenção à primeira infância.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um roteiro para avaliação do material já desenvolvido até o momento. Para esse processo enviarei o instrumento (checklist) na forma que ele seria disponibilizado aos profissionais, e também um questionário contendo cada questão do instrumento, e sua avaliação a ser assinalada, dividida em: pertinente, não pertinente, compreensível, não compreensível, e uma pergunta aberta para sugestão de mudança ou comentário sobre a questão. Os

formulários e o termo serão enviados de forma digital, e após respondidos serão devolvidos da mesma maneira. A resposta do formulário leva em torno de 10 minutos.

A responsabilidade do projeto é da Mariana Ferrari Franco, mestranda em Terapia Ocupacional na UFSCar, sob orientação da professora doutora Patrícia Carla de Souza Della Barba, do Programa de pós-graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar.

Agradecemos sua participação e empenho e esclarecemos que não haverá remuneração nem despesas para participação no projeto. Mas caso você tenha algum tipo de gasto com a sua participação, será ressarcido.

Ao participar da pesquisa considera-se a possibilidade de um risco subjetivo pois você irá analisar o instrumento e responder um formulário de avaliação extenso, o que pode levar a algum desconforto ou cansaço, e necessidade de tempo para responder. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, você poderá optar pela suspensão imediata da participação na pesquisa.

Será feito o download de todos os documentos utilizados na pesquisa, salvo em arquivo próprio da pesquisadora, na intenção de maximizar a proteção dos dados e da privacidade e confiabilidade dos participantes da pesquisa. Ainda assim é importante os participantes estarem cientes de que o ambiente virtual é vulnerável com relação à proteção de dados, mesmo com todas as medidas tomadas pela pesquisadora.

A sua participação irá contribuir para que um novo instrumento possa ser utilizado nos serviços que atendem à primeira infância, fazendo com que a detecção de risco para o desenvolvimento infantil ocorra de forma mais rápida e eficiente, e que as famílias e crianças que precisem sejam encaminhadas e recebam atendimento mais rapidamente nos devidos serviços.

Estou ciente de que minha participação é voluntária e que tenho total liberdade para retirada desse consentimento em qualquer etapa do estudo sem prejuízo ou constrangimento à minha pessoa.

Estou ciente de que será garantido o anonimato e sigilo, e de que as informações obtidas serão analisadas e utilizadas para a divulgação em publicações e eventos científicos.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Ao final da pesquisa você terá acesso à pesquisa e aos resultados, encaminhados pela pesquisadora via e-mail ou mensagem (a forma será combinada com a pesquisadora no início dos acordos da participação).



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Terapia Ocupacional

Rod. Washington Luís, Km.235-C.P.676-CEP

13565-905-São Carlos-SP.

Tel./Fax: (16) 3351-9787

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Mariana Ferrari Franco - Discente de Mestrado em Terapia Ocupacional na UFSCAR.

Rua Luiz Vaz de Toledo Piza, 222, apto 21 bloco 2. São Carlos-SP. Fone:(14)98811-6829

Todos os procedimentos adotados no estudo obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme as Resoluções 466/12 e 510/16 do Ministério da Saúde. O estudo também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos e você poderá entrar em contato caso haja alguma dúvida ou consideração em relação à ética desta pesquisa, no endereço Rod. Washington Luís, km 235 – SP-310 – São Carlos/SP, CEP 13565-905, no telefone (16)3351-9685 ou Fax (16) 3361-2081. Diante da pandemia de COVID-19, a secretaria do CEP está prestando atendimento exclusivamente através do e-mail: cephumanos@ufscar.br. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando a proteção e a dignidade, os direitos, a segurança e o bem estar do participante da pesquisa, sob os preceitos legais de estudos com seres humanos no Brasil.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

São Carlos, _____ de _____ de 2023

Assinatura do sujeito da pesquisa (*)

APENDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Projeto de pesquisa: Validação de instrumento intersetorial para detecção de risco para o Desenvolvimento Infantil

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

É objeto do presente termo o sigilo pelo participante em relação a qualquer “Informação Confidencial” a que tiver acesso no desenvolvimento de atividades referentes ao projeto “validação de instrumento intersetorial para detecção de risco para o Desenvolvimento Infantil”.

O presente termo vigorará até que os direitos de propriedade intelectual da pesquisa desenvolvida pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos sejam publicados na íntegra em sítios do PPGTO, Biblioteca ou repositório de teses e dissertações da UFSCar, ou de forma resumida em periódicos nacionais ou internacionais.

Eu _____, nacionalidade, estado civil, profissão, CPF, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações a que tiver acesso como participante da pesquisa de mestrado “Validação de instrumento intersetorial para detecção de risco para o Desenvolvimento Infantil” de autoria da pesquisadora Mariana Ferrari Franco, sob orientação da Profa. Dra. Patrícia Carla Della Barba.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não me apropriar de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponibilizado;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Local,

___/___/___

Nome e assinatura

APENDICE D – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO

Perguntas Respostas 21 Configurações

Seção 2 de 4

Fatores biológicos

Descrição (opcional)

1- Sobre o histórico familiar da criança: Alguém da família teve/tem alguma doença genética * e/ou crônica?

pertinente

não pertinente

compreensível

não compreensível

1- sugestão de mudança

Texto de resposta longa

2- A criança nasceu de parto a termo? *

ANEXO A – ARTIGO SUBMETIDO

**Processo de criação de um instrumento intersetorial para detecção de
risco para o Desenvolvimento Infantil**

**Process of creating an intersectoral tool for detecting risk to child
development**

**Proceso de creación de una herramienta intersectorial de detección de
riesgos para el desarrollo infantil**

**Processus de création d'un outil intersectoriel de détection des risques
pour le développement de l'enfant**

Mariana Ferrari Franco ¹ e Patrícia Carla Della Barba ²

- (1) Mestranda em Terapia Ocupacional no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO) na Universidade Federal de São Carlos- UFSCar.
- (2) Docente do Departamento de Terapia Ocupacional e do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO) na Universidade Federal de São Carlos- UFSCar.

Resumo

O desenvolvimento infantil constitui um período caracterizado por ganhos e mudanças significativos nas habilidades, aprendizado, comportamento e socialização de uma criança. Nesse sentido, estudos que têm como propósito mapear fatores de risco e proteção nesse período são fundamentais para a construção de ações de monitoramento e proteção. O presente artigo objetivou descrever a criação de um instrumento ("check-list") destinado a auxiliar na avaliação de risco para o Desenvolvimento Infantil realizada por profissionais da Assistência Social, Educação e Saúde. A metodologia empregada na criação no instrumento compreendeu revisão da literatura, análise de instrumentos existentes e validação de conteúdo por especialistas, culminando em uma versão final após análise qualitativa e quantitativa dos dados coletados. O estudo evidenciou a importância da criação e validação de instrumentos no contexto do Desenvolvimento Infantil, destacando que esse é um processo contínuo que deve ser mantido em estudos subsequentes.

Palavras-chave: Criação de Instrumentos, Intersetorialidade, Desenvolvimento Infantil.

Abstract

Child development is a period characterized by significant gains and changes in a child's abilities, learning, behavior and socialization. In this sense, studies aimed at mapping risk and protective factors during this period are fundamental for building monitoring and protection actions. The aim of this article is to describe the creation of an instrument ("check-list") designed to help in the assessment of risk to child development carried out by professionals from the Social Assistance, Education and Health sectors. The methodology used to create the instrument included a literature review, analysis of existing instruments and content validation by specialists, culminating in a final version after qualitative and quantitative analysis of the data collected. The study highlighted the importance of creating and validating instruments in the context of Child Development, emphasizing that this is an ongoing process that should be maintained in subsequent studies.

Keywords: Creation of Instruments, Intersectorality, Child Development.

Resumen

El desarrollo infantil es un período caracterizado por avances y cambios significativos en las capacidades, el aprendizaje, el comportamiento y la socialización del niño. En este sentido, los estudios dirigidos a mapear los factores de riesgo y protección durante este periodo son fundamentales para construir acciones de seguimiento y protección. El objetivo de este artículo es describir la creación de un instrumento ("check-list") destinado a auxiliar en la evaluación de riesgos para el desarrollo infantil realizada por profesionales de los sectores de Asistencia Social, Educación y Salud. La metodología utilizada para la creación del instrumento incluyó una revisión bibliográfica, el análisis de los instrumentos existentes y la validación del contenido por especialistas, culminando en una versión final tras el análisis cualitativo y cuantitativo de los datos recogidos. El estudio destacó la importancia de la creación y validación de instrumentos en el contexto del Desarrollo Infantil, haciendo hincapié en que se trata de un proceso continuo que debe mantenerse en estudios posteriores.

Palabras clave: Creación de instrumentos, intersectorialidad, desarrollo infantil.

Résumé

Le développement de l'enfant est une période caractérisée par des gains et des changements significatifs dans les capacités, l'apprentissage, le comportement et la socialisation de l'enfant. En ce sens, les études visant à cartographier les facteurs de risque et de protection au cours de cette période sont fondamentales pour la mise en place d'actions de suivi et de protection. L'objectif de cet article est de décrire la création d'un instrument ("check-list") conçu pour aider à l'évaluation des risques pour le développement de l'enfant par des professionnels des secteurs de l'assistance sociale, de l'éducation et de la santé. La méthodologie utilisée pour créer l'instrument comprenait une revue de la littérature, une analyse des instruments existants et une validation du contenu par des spécialistes, aboutissant à une version finale après une analyse qualitative et quantitative des données collectées. L'étude a mis en évidence l'importance de la création et de la validation d'instruments dans le contexte du développement de l'enfant, en soulignant qu'il s'agit d'un processus continu qui devrait être maintenu dans les études ultérieures.

Mots-clés: Création d'instruments, intersectorialité, développement de l'enfant.

Introdução

O desenvolvimento infantil é um período de muitos ganhos e mudanças em termos de aquisição de habilidades, aprendizagem, comportamento, socialização, descobertas e percepções sobre si e sobre o mundo. Nesse período as crianças estão sujeitas a uma série de fatores de risco e de proteção para que o seu desenvolvimento ocorra de forma plena. Por esse motivo, é crescente o número de estudos com a intenção de mapear e conhecer esses fatores, para então tornar possível a criação de ações de proteção da criança e de monitoramento do desenvolvimento infantil, bem como reduzir o impacto dos fatores de risco e potencializar os fatores de proteção (Guimarães, Carvalho, Machado, Baptista & Lima, 2013).

A concepção de desenvolvimento infantil utilizada no presente estudo é baseada na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, descrita por Bronfenbrenner (1979), na qual sugere um modelo de desenvolvimento infantil baseado nos processos de interação complexa, recíproca e progressiva entre a criança e o ambiente. Para explicar essas relações e sua influência no Desenvolvimento Humano, ele propôs uma teoria baseada em 4 sistemas

inter-relacionados: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo, conhecido por “Modelo PPCT” (Assis, Moreira & Fornasier, 2021).

O primeiro conceito (processo) diz respeito aos processos proximais que ocorrem na interação recorrente e durante um longo período de tempo, entre a pessoa, um organismo humano biopsicológico ativo e o objeto (Assis et al, 2021; Bronfenbrenner & Morris, 1998; Tudge, 2012).

O segundo conceito é relacionado à pessoa, descrita seguindo 3 tipos de características: de demanda, que se refere às características de estímulo imediato para outras pessoas, como a idade, gênero, aparência física e etc.; de recurso, referente às questões que nem sempre são percebidas facilmente por outras pessoas como, recursos cognitivos e emocionais (experiências vividas, capacidade cognitiva, e etc.), e recursos sociais e materiais (condição socioeconômica, acessos a educação, moradia, relações familiares e etc.); e de força, relacionadas à persistência, motivação e características temperamentais (Assis et al, 2021; Tudge, 2012).

O terceiro, Contexto, abrange quatro sistemas inter-relacionados que compõem o ambiente de um indivíduo: o microsistema, que é o ambiente imediato em que a criança vive; o mesossistema, que inclui o conjunto de microsistemas em que uma pessoa integra e descreve as inter-relações entre eles (a relação da família com a instituição de educação infantil, por exemplo); o macrosistema, que envolve a sociedade, inclui valores culturais e descreve as condições econômicas sob as quais as famílias vivem; e o exossistema, que tem efeito indireto no resultado do desenvolvimento de um indivíduo e constitui cenário em que o indivíduo não participa ativamente (o local de trabalho dos pais, por exemplo). As inter-relações entre esses ambientes permitem examinar como os padrões de interações nos sistemas se influenciam e afetam os resultados do desenvolvimento dos indivíduos. Sendo assim, o desenvolvimento humano caracteriza-se pela interação entre os processos de mudança e de continuidade ao longo das várias fases do ciclo vital (Assis et al, 2021; Barreto, 2016; Benetti, Vieira, Crepaldi & Schneider, 2013; Leonard, 2011; Souza, Hickman & Hickman, 2020; Bronfenbrenner, 1979).

O quarto, Tempo, é dividido em 3 temporalidades diferentes: microtempo, o que acontece em determinado momento; mesotempo, que envolve o cotidiano; e macrotempo

ou cronossistema, que envolve o tempo histórico (Assis et al, 2021; Bronfenbrenner & Morris,1998; Tudge, 2012).

Seguindo com a concepção de valorização e compreensão das relações entre a criança e a família com o ambiente, este estudo também se embasou no estudo Vitor Franco (2015) para pensar os fatores de risco para o Desenvolvimento Infantil e reforçar a importância de realizar a Intervenção Precoce. O autor destaca ainda o uso de instrumentos para auxiliar a sistematização das informações e possibilitar uma concepção mais ampliada e real da situação da criança e da família, além de trabalhar com o conceito de fatores de risco: biológicos, familiares e ambientais.

O estudo de iniciação científica realizado por Franco e Della Barba (2019) intitulado “Concepções sobre risco ao desenvolvimento infantil de uma equipe de profissionais que atua na primeira infância”, evidenciou uma grande lacuna em relação aos conhecimentos dos profissionais que atuam com a primeira infância no município estudado. Eles não se baseavam em referencial teórico e não usavam nenhum instrumento específico para avaliação de risco para o desenvolvimento infantil. Os resultados dialogam com a literatura, que enfatiza o uso de instrumentos para sistematizar os processos de avaliação e para embasamento teórico dos profissionais com relação às concepções de risco que eles trabalham (Franco, 2015; Rede Nacional da Primeira Infância, 2015; Santos, Araújo & Porto, 2008). Dessa forma, os resultados do estudo evidenciaram uma lacuna neste aspecto da atenção ao desenvolvimento infantil, o que gerou também o ímpeto de criação de um instrumento, na tentativa de amenizar essa necessidade.

O presente artigo tem a intenção de apresentar o processo de concepção e desenvolvimento de um instrumento de triagem para avaliação de risco para o desenvolvimento infantil no contexto brasileiro, iniciando com a revisão da literatura e processo de criação e estruturação do instrumento, e descrevendo também um processo inicial de avaliação do instrumento por um grupo de profissionais especialistas em desenvolvimento infantil e uso de instrumentos nesse contexto.

Os conceitos utilizados para a elaboração do instrumento foram inspirados no ODIP- Organização Diagnóstica em Intervenção Precoce, uma metodologia de organização diagnóstica nas dimensões do desenvolvimento da criança, da família e do contexto, criado por Franco e Apolónio (2010), onde o instrumento é organizado em Fatores de Risco

Biológicos, Fatores de Risco Familiares e Fatores de Risco Ambientais. Para além das contribuições na criação do instrumento, Franco (2015) foi uma forte referência para se pensar essa pesquisa por enfatizar o valor da Intervenção Precoce, da vigilância do Desenvolvimento Infantil, da equipe multiprofissional na ação conjunta, e na criação de instrumentos mais abrangentes e que permitam a sistematização e a atenção aos fatores de risco para o desenvolvimento sob o qual as crianças e famílias estão sujeitas.

A Rede Nacional da Primeira Infância (2015) ressalta ainda que a intersectorialidade propõe uma nova maneira de abordar os problemas partir da visão holística da criança (como pessoa, cidadã, sujeito de direitos), ao invés de apenas objeto de várias áreas de intervenção, valorizar o conhecimento profissional especializado e articulá-lo num projeto conjunto, num plano integrado de atenção integral. Durante muitos anos a atenção à infância foi delegada somente à área da Saúde, no entanto, cada vez mais os estudos e as políticas públicas preconizam a importância de promover ações intersectoriais. Foi seguindo o referencial e os conceitos da Rede Nacional da Primeira Infância, juntamente com as demais referências bibliográficas, que o instrumento foi criado para ser utilizado pelos profissionais dos serviços de Assistência Social, Educação e Saúde que atendem à primeira infância, com a intenção de promover ações cada vez mais completas e integradas (Barros, Coutinho & Mendonça, 2016; Bronfenbrenner, 1979; Franco, 2015; Franco & Della Barba, 2019; Guimarães, 2013).

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é descrever a criação de um instrumento (“check list”) que auxilie na avaliação de risco realizada por profissionais que atuam na primeira infância, nos setores de assistência social, educação e saúde. O instrumento deverá ser comum às três áreas, com o intuito de facilitar tanto a observação e avaliação da criança e da família, como também os encaminhamentos posteriores caso seja identificado algum atraso ou alteração no desenvolvimento infantil que necessite de maior atenção.

METODOLOGIA

Revisão da literatura para a fundamentação teórica do instrumento

Para a criação do instrumento (“check list”) foi realizada uma revisão da literatura com busca mais específica para instrumentos de avaliação intersectoriais no portal Capes, e a leitura de artigos da área (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, 2023).

Foi realizada a leitura e compreensão de alguns instrumentos de avaliação na infância já existentes, como:

- **M-CHAT**- Modified Checklist for Autism in Toddlers, específico para rastreamento precoce de autismo, para crianças de 18 a 24 meses, autoaplicável e respondido pelos pais/responsáveis, consiste em 23 questões a serem assinaladas sim ou não (Losapio & Ponde, 2008);
- **ASQ**- Ages and Stages Questionnaires, de acompanhamento do desenvolvimento infantil para crianças de 1 a 66 meses, composto por 21 questionários com 30 itens cada dividido entre 5 áreas do desenvolvimento, destinado aos pais e cuidadores (Squires, Bricker, 2009; Ramos & Barba, 2021);
- **SWYC**- Survey of Wellbeing of Young Children, também voltado ao monitoramento do desenvolvimento infantil para crianças de até 65 meses, contém 40 questões fechadas a serem respondidas por profissionais da educação e saúde (SWYC, 2013; Moreira, Magalhães, Siqueira & Alves, 2019);
- **PEDS**- Parents' Evaluation of Developmental Status, voltado às preocupações e observações dos pais com relação ao desenvolvimento infantil, composto por 10 questões para crianças de até 8 anos de idade (Cox, Huntington, Saada, Epee-Bounya & Schonwald, 2010; PEDS, 2023).

Madaschi, Mecca, Macedo e Paula (2016) realizaram um estudo a fim de avaliar as propriedades psicométricas do instrumento Bayley III em sua versão adaptada ao Brasil. O instrumento se mostrou muito importante e útil para auxiliar estudos na comparação de crianças com desenvolvimento típico e crianças com riscos para seu desenvolvimento ou com condições clínicas adversas que possam dificultar esse processo. Esse estudo contribuiu muito em termos de avaliações do desenvolvimento infantil no Brasil, onde há escassez de instrumentos validados, e novamente reforçou a importância de pesquisas e trabalhos nessa área. Seguindo nessa linha de pensamento Santos et al (2008) complementam que, por falta de instrumentos validados para a realidade brasileira, muitos profissionais se veem utilizando instrumentos com padrões e referências de outros países, arriscando resultados e comparações inadequados para a população em que as avaliações são aplicadas.

Dentre diversos testes e instrumentos usados no Brasil destacaram-se os testes Denver II e AIMS, ambos são utilizados para o acompanhamento do desenvolvimento infantil típico, mas podem ser utilizados para avaliação de desvios no desenvolvimento. Eles se destacam também por serem de fácil aplicação e compreensão e rápida execução. No entanto, como

todos os instrumentos, eles apresentam também limitações quanto a sua sensibilidade em algumas idades e à sua adequação; por esse motivo é importante sempre ponderar as vantagens e desvantagens do teste, a sua adequação com a população a qual se pretende avaliar e os objetivos dessa avaliação antes de escolher um instrumento (Santos et al, 2008).

A importância de obter um perfil de fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento infantil não deve ser subestimada, especialmente em casos de crianças com diagnóstico categórico, etiologia conhecida ou fatores de risco bem definidos. O conhecimento dos padrões ou perfis de desenvolvimento esperados para esse grupo de crianças pode dar clareza para preocupações específicas nesses casos, e também de pontos fortes do seu desenvolvimento. Certos fatores de risco e de proteção podem inclusive indicar abordagens específicas para intervenção, facilitando e otimizando todo o processo (Guralnick, 2011).

A comunidade internacional já reconhece o valor da intervenção precoce para crianças e famílias em vulnerabilidade, estabelecendo uma estrutura e organizando iniciativas para países com níveis baixos e médios de recursos (World Health Organization & UNICEF, 2012 citado em Guralnick, 2015).

Diante dessas justificativas, propôs-se a criação de um instrumento para identificação de riscos ao desenvolvimento infantil, que fosse de fácil aplicação e acessível aos profissionais e serviços destinados à primeira infância.

Criação do instrumento

A partir do levantamento do arcabouço teórico (revisão da literatura, leitura e análise de instrumentos já existentes) e releitura dos resultados do estudo “Concepções sobre risco ao desenvolvimento infantil de uma equipe de profissionais que atua na primeira infância” (Franco & Della Barba, 2019), iniciou-se uma série de experimentações com relação à forma e às perguntas do instrumento, objetivando chegar a um formato adequado para o objetivo do instrumento: avaliação e monitoramento de risco para o desenvolvimento infantil, acessível aos profissionais e serviços, completo e de fácil entendimento e aplicação.

A Primeira Versão do instrumento foi estruturada dividindo as perguntas por área profissional, utilizando como base para as questões as respostas dos profissionais a respeito dos riscos para desenvolvimento infantil presentes nas suas áreas de atuação - Saúde, Educação e Assistência Social (nos resultados de Franco & Della Barba, 2019). Pensou-se em

utilizar estrutura dicotômica, com perguntas de “sim e não”, a partir da leitura de artigos a respeito do tema e da análise de instrumentos utilizados para a infância. Os questionários dicotômicos têm como vantagem ter pouca possibilidade de erro nas respostas, ser objetivo e ter aplicação rápida e fácil, sendo esses os motivos pelos quais foi escolhido para estruturar o instrumento (Mattar, 2008 citado em Hora, Monteiro & Arica, 2010).

As questões do instrumento foram baseadas nas falas da entrevista, e nas transcrições dos profissionais analisadas no estudo de 2019 a respeito de como eles avaliam o risco e quais os principais “sinais” ou pontos a serem observados em suas práticas. Dessa forma, o instrumento foi elaborado para os profissionais e para a população previamente trabalhados (Franco & Della Barba, 2019)

A Segunda Versão do instrumento foi elaborada seguindo os conceitos de fator de risco de Franco (2015), dividindo os fatores de risco para o desenvolvimento infantil em: biológicos, que compreendem a fase pré-natal, perinatal, pós-natal; familiares, que compreendem características dos pais, da família, estresse durante a gravidez, nos períodos neonatal e pós-natal; ambientais, compreendendo contexto ambiental como fator de estresse e fatores de exclusão social da família.

Após novos ajustes, uma Terceira Versão foi elaborada. Nesta foram inseridos também alguns dados do profissional, da criança e família atendida, o score e o resultado final do teste. O instrumento aborda três grandes eixos de fatores de risco: fatores biológicos, fatores ambientais e fatores familiares/sociais, contendo 28 questões de resposta “sim” ou “não” a serem assinaladas pelos próprios profissionais e ao final uma questão aberta a respeito de uma possível ação interdisciplinar a ser tomada após o resultado do teste. As questões têm pontuação 1 ou 0, e dessa forma, ao final as perguntas devem ser pontuadas, e a depender do número total das questões ela pode ser enquadrada em “baixo risco”, “risco intermediário” e “alto risco”, com sugestões de ações a serem tomadas a depender do resultado do teste. Uma síntese das versões é apresentada na Quadro 1.

Quadro 1: Histórico das Versões

Versão	Conteúdo	Quantidade de Itens
Primeira Versão	Questões divididas entre setores de Assistência Social, Educação e Saúde	Assistência Social: 9; Educação: 8; Saúde: 11.

Segunda Versão	Questões divididas em Fatores Biológicos, Ambientais e Familiares/Sociais	Fatores Biológicos: 9; Ambientais: 10; Familiares/sociais: 9.
Terceira Versão	Mesma divisão da Segunda versão, e foi adicionado também uma sessão inicial de identificação do profissional e responsável, e ocorreram algumas correções na escrita das questões.	Fatores Biológicos: 9; Ambientais: 10; e Familiares/sociais: 9.

Fonte: elaborado pela autora

Método de análise do instrumento

O método de análise escolhido para a avaliar a terceira versão do instrumento foi a validação de conteúdo, onde um comitê de especialistas no assunto (também chamados de “juízes” ou “*experts*”), avalia o instrumento com relação ao conteúdo das questões, a relevância, a clareza da linguagem escolhida pensando no público-alvo, e também comentários e sugestões para aprimoramento do instrumento (Sabino, 2016; Alexandre & Coluci, 2011).

Para a realização desse processo de validação de conteúdo do instrumento, foram selecionados nove profissionais para responderem o questionário de avaliação. Desses profissionais, seis foram selecionados a partir da busca no Currículo Lattes (Plataforma Lattes CNPq, 2023) com os descritores: risco/desenvolvimento infantil/terapia ocupacional. As seis professoras universitárias da área de Terapia Ocupacional selecionadas têm em seu currículo e área de atuação uma relação com o tema trabalhado na pesquisa e no instrumento. Os outros três profissionais foram sugeridos por indicação, por pesquisarem e trabalharem também na mesma área.

Seguindo Alexandre e Coluci (2011), foi primeiramente enviado um convite a todos os membros do comitê de juízes especialistas com uma carta explicativa a respeito da pesquisa e do instrumento, contendo a relevância sobre os conceitos envolvidos, assim como o objetivo do estudo, a descrição do instrumento, fornecendo suas bases conceituais e teóricas, o público-alvo a ser trabalhado e o contexto no qual o estudo se insere.

Os profissionais receberam também uma ficha de avaliação, contendo cada questão do instrumento e em seguida as opções a serem assinaladas a respeito da questão: pertinente, não pertinente, compreensível, não compreensível e uma questão aberta para sugestão e/ou comentário sobre a questão (Sabino, 2016).

A porcentagem de consenso/concordância a ser usada como média varia entre os autores, para essa pesquisa optou-se por utilizar 80% como medida de concordância (Alexandre & Coluci, 2011).

Após a análise quantitativa foi possível perceber que quatro questões não passaram na porcentagem de concordância de pertinência (não atingindo 80% de concordância) e seis questões não passaram na porcentagem de concordância de compreensão. Sendo assim, essas questões passaram por alterações e correções na avaliação qualitativa, onde cada uma delas foi avaliada levando em consideração os comentários e sugestões realizados pelos experts, e se necessário/pertinente foram alteradas para cumprir melhor seu objetivo. Com esse processo, o produto final do estudo de Iniciação Científica foi a criação de uma nova versão do instrumento, contendo as alterações sugeridas, denominada Versão Final.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos nove profissionais selecionados, sete responderam no tempo hábil e aceitaram fazer a avaliação do instrumento. Após a devolução dos questionários e análise, foi possível utilizar cinco respostas para a análise quantitativa de porcentagem de concordância da pertinência das questões, e três respostas para a compreensão das questões (isso ocorreu, pois, alguns profissionais avaliadores tiveram um entendimento diferente da forma com que a avaliação deveria ser feita, fazendo com que algumas fichas pudessem ser utilizadas apenas para a avaliação qualitativa). A porcentagem de concordância foi realizada seguindo Alexandre e Coluci (2011):

$$\%concordância = \left(\frac{\text{número de participantes que concordam}}{\text{número total de participantes}} \right) \times 100$$

A porcentagem de consenso/concordância a ser usada como média varia entre os autores, Grisham (2009 como citado em Marque & Freitas 2018), afirma que 80% de consenso é um bom objetivo. Já Alexandre e Coluci (2011), tem como base uma porcentagem de

concordância de 90% para validação. Sendo assim, neste trabalho optou-se por utilizar 80% como medida.

Na análise qualitativa foram avaliados todos os comentários e sugestões feitos pelos profissionais avaliadores nas questões do instrumento. Para isso as questões foram analisadas separadamente com todas as pontuações feitas pelos profissionais para decidir quais poderiam ser aplicadas ao instrumento e quais se distanciavam do contexto e do público-alvo, apesar de serem importantes em termos de monitoramento do desenvolvimento infantil; com esse processo foi criado então uma nova versão do instrumento, contendo as alterações sugeridas, denominada Versão Final.

A Versão Final do instrumento foi composta por uma (a) sessão inicial de identificação (Quadro 2), contendo questões de identificação do profissional que está aplicando o instrumento, do responsável pela criança e da criança; (b) sessão com as questões do instrumento (Quadro 3), dividida em Fatores Biológicos, Fatores Ambientais e Fatores Familiares/Sociais. Cada questão tem resposta “sim” ou “não”, e pontuação de “1” ou “0”, o profissional deverá assinalar a resposta de cada questão durante a aplicação do instrumento e somar a pontuação ao final; e (c) sessão final de soma dos pontos e nível de risco (Quadro 4), após a soma das questões respondidas o profissional deverá preencher o total dos pontos, o nível de risco (descritos detalhadamente ao final da Quadro 4), e uma sugestão de ação que pode ser realizada posteriormente com a criança/família.

Quadro 2: identificação

Nome do profissional:
Data da avaliação:
Serviço de atuação:
Nome da criança:
Data de nascimento:
Idade:
Escolaridade da criança:
Nome do responsável:
Escolaridade do responsável:

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 3: questões do instrumento

FATORES BIOLÓGICOS: 9 questões
A sessão aborda questões a respeito do histórico familiar da criança, adoecimentos/intercorrências antes, durante ou após o parto, tamanho e peso da criança no nascimento e atual, desenvolvimento atual da criança e calendário vacinal atual.
FATORES AMBIENTAIS: 10 questões
A sessão aborda questões a respeito das condições socioeconômicas da família, situação de moradia da família, conflitos e violências no ambiente familiar sofridos pela criança ou familiares, trabalho dos responsáveis e contato com os serviços de saúde, educação e assistência social.
FATORES FAMILIARES/SOCIAIS: 9 questões
A sessão aborda questões a respeito do comportamento e da participação da criança no ambiente escolar, relação entre a família/responsáveis com a escola, relação da criança com os familiares, demais adultos e com outras crianças, uso de drogas e/ou álcool pelos familiares/responsáveis e características emocionais da criança.

Fonte: elaborado pela autora

Quadro 4: contagem de pontos e score final

TOTAL DE PONTOS:		
Nível de risco:		
Qual ação intersectorial seria possível realizar para que a criança e a família tenham seu risco reduzido?		
SCORE- quanto maior a pontuação, menor o risco- 28 questões= 28 pontos		
ALTO RISCO	RISCO INTERMEDIÁRIO	BAIXO RISCO
De 0 a 3 pontos por fator (no máximo 9 pontos totais)	4 a 6 pontos por fator (10 a 18 pontos totais)	7 ou mais pontos por fator (mais de 19 pontos totais)
<p>BAIXO RISCO- Fator com 7 ou mais pontos = orientação para ações a fim de melhorar e/ou prevenir algum possível risco e manter a família e a criança em ações e encontros periódicos nos serviços.</p> <p>RISCO INTERMEDIÁRIO- Fator com 4 a 6 pontos = maior atenção com a família e criança dos setores competentes e orientações para melhorar e/ou prevenir maiores riscos.</p>		

ALTO RISCO- Fator com 0 a 3 pontos = notificação para os serviços que atendem a família e a criança para investigação da situação e ações imediatas voltadas aos riscos detectados.

OBSERVAÇÃO: Caso alguma questão relacionada à violência seja confirmada deve-se entrar em contato com os serviços de denúncia e proteção da criança de imediato.

Fonte: elaborado pela autora.

Com esse primeiro processo de avaliação e validação do instrumento realizado pelos profissionais selecionados foi possível perceber que a forma que o questionário foi enviado e o procedimento explicado gerou uma falha de comunicação. Dentre os sete profissionais que participaram e manifestaram sua avaliação, apenas três responderam da forma esperada, fazendo com que fossem necessárias algumas adaptações na metodologia para gerar os resultados quantitativos. Na avaliação qualitativa foram recebidas diversas sugestões e comentários de extrema importância, que contribuíram muito para que uma nova versão do instrumento fosse criada, tornando-o mais acurado e coerente com os termos e políticas atuais a respeito do desenvolvimento infantil. Os profissionais consultados demonstraram grande interesse com a criação desse instrumento e reforçaram sua importância e relevância para a área. Sendo assim, os resultados obtidos corroboram com estudos que mostram que escalas com evidências de validade e precisão são importantes para avaliação do desenvolvimento infantil, no entanto, ainda existe a falta de instrumentos nacionais padronizados específicos para a primeira infância (Madaschi, 2016).

Ademais, é possível fazer um paralelo e identificar no instrumento questões que podem ser relacionadas com a Pessoa e com o Contexto do “Modelo PPCT” de Bronfenbrenner (1979). Essa reflexão se dá principalmente com as questões que abordam as características de Recursos da Pessoa, e os quatro sistemas do Contexto. Relacionado ao Microsistema temos questões do instrumento que abordam o ambiente em que a criança está inserida; com o Mesosistema, as relações entre a família e a vida escolar; com o Macrossistema, questões que abordam as condições econômicas da família; e com o Exossistema, as questões a respeito do trabalho dos pais, por exemplo.

Considerações Finais

A validação de um instrumento recém-desenvolvido dificilmente é realizada através de apenas um estudo, são necessários inúmeros esforços de pesquisa e, por esse motivo, deve ser considerado um processo contínuo. Apesar disso, a validação é essencial, pois permite confiar no que o instrumento está medindo (Benson & Clarck, 1982).

Sendo assim, o presente estudo permitiu identificar a importância da criação de um instrumento de fácil aplicação para profissionais que atuam na primeira infância no Brasil e que possibilite a identificação de riscos ao desenvolvimento da criança. Entretanto, foi identificada também a necessidade de um estudo mais aprofundado de validação dos seus itens, o qual está em processo, em uma pesquisa de mestrado, durante o período de 2022-2024.

Agradecimentos

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo apoio financeiro que possibilitou a realização dessa pesquisa através do projeto de pesquisa número 2018/18982-8.

Referências:

Alexandre, N.M.C., & Coluci, M.Z.O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.7, p.3061-3068.

Assis, D. C. M. d., Moreira, L. V. d. C., & Fornasier, R. C. (2021). Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner: A influência dos processos proximais no desenvolvimento social das crianças. *Research, Society and Development*, 10(10).

Barreto, A. C. (2016). Paradigma sistêmico no desenvolvimento humano e familiar: a teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Psicologia em Revista*, 22 (2), 275-293.

Barros, R. P; Coutinho, D; & Mendonça, R. (Eds.). (2016). Monitoramento e Avaliação: Desenhando e Implementando Programas de Promoção do Desenvolvimento Infantil com Base Em Evidências. In: *Avanços do Marco Legal da Primeira Infância*. Centro de Estudo e Debates Estratégicos. (p.196-201). Brasília. Câmara dos Deputados.

Benetti, I. C., Vieira, M. L., Crepaldi, M. A., & Schneider, D. R. (2013). Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Pensando Psicologia, 9*(16).

Benson, J. & Clark, F. (1982). A guide for instrument development and validation. *Am J Occup Ther. 36*(12):789-800. Recuperado de doi:10.5014/ajot.36.12.789

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In: W. Damon (Org.). *Handbook of child psychology (1)*, 993-1027.

Cox, J. E., Huntington, N., Saada, A., Epee-Bounya, A., & Schonwald, A. D. (2010). *Developmental Screening and Parents' Written Comments: An Added Dimension to the Parents' Evaluation of Developmental Status Questionnaire. Pediatrics, 126*(Supplement 3), S170–S176.

Della Barba, P. C. S., Franco, M. F., Nunes, A. C., & Folha, D. R. S. C. Concepções de risco ao desenvolvimento infantil de uma equipe multiprofissional e reflexões à luz da Terapia Ocupacional. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*.

Franco, V. (2015). Introdução à Intervenção Precoce no desenvolvimento da criança com a família, na comunidade, em equipe. Capítulo 3: Avaliação e Diagnóstico. Edições Aloendro.

Guimarães, A. F., Carvalho, D. V., Machado, N. Á., Baptista, R. A., & Lemos, S. M. A. (2013). Risco no atraso de desenvolvimento de crianças de dois a 24 meses e sua associação com a qualidade do estímulo familiar. *Revista Paulista de Pediatria 31 (4)*, 252-258.

Leonard, J. (2011). Using Bronfenbrenner's Ecological Theory to Understand Community Partnerships: A Historical Case Study of One Urban High School. *Urban Education, 46*(5), 987–2010.

Losapio, M. F., & Ponde, M. P. (2008). Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul v. 30, n. 3, p. 221-229*. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000400011&lng=en&nrm=iso

Madaschi, V., Mecca, T. P., Macedo, E. C., & Paula, C. S. (2016). Bayley-III scales of infant and toddler development: Transcultural adaptation and psychometric properties. *Paidéia 26*(64), 189-197. Recuperado de doi:10.1590/1982-43272664201606.

Marques, J. B. V., & Freitas, D. (2018). Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-Posições*, v. 29, n. 2, p. 389-415. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072018000200389&lng=pt&nrm=iso

Moreira, R. S., Magalhães, L. C., Siqueira, C. M. & Alves, C. R. L. (2019). Adaptação Transcultural do instrumento de vigilância do desenvolvimento infantil "Survey of Wellbeing of Young Children (SWYC)" no contexto brasileiro. *Journal of Human Growth and Development* v. 29, n. 1, p. 28-38. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822019000100005&lng=pt&nrm=iso

Periódicos Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior [CAPES]. (2023). Recuperado de <https://www-periodicos-capes-gov-br.ez1.periodicos.capes.gov.br/>

Plataforma Lattes CNPQ. (2023). Recuperado de <https://www.lattes.cnpq.br/>

PEDS. (2023). Recuperado de <https://pedstest.com/>

Ramos, M. M. A., & Barba, P. C. S. D.. (2021). Ages and Stages Questionnaires Brazil in monitoring development in early childhood education. *Anais Da Academia Brasileira De Ciências*, 93, e20201838. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0001-3765202120201838>

Rede Nacional Primeira Infância. (2015). A Intersectorialidade nas políticas da primeira infância.

Sabino, L.A.A.S. (2016). *Elaboração de um Protocolo de Avaliação da Função Manual de Crianças com Paralisia Cerebral: etapa inicial*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.

Santos, R. S., Araújo, A. P., & Porto, M. A. S. (2008). Early diagnosis of abnormal development of preterm newborns: Assessment instruments. *Jornal de Pediatria*, 84(4), 289-299. Recuperado de doi:10.1590/S0021-75572008000400003

Souza, J. C., Hickmann, A. A., Luz, A. A., Hickmann, G. M (2020). A influência das emoções no aprendizado de escolares. *Rev. bras. Estud. pedagog*, 101(258), 382-403.

Squires & Bricker (2009). *Ages & Stages Questionnaires, Third Edition (ASQ-3)*.

SWYC. (2013). Recuperado de www.theswyc.org

Tudge, J. (2012). A teoria de Urie Bronfenbrenner: uma teoria contextualista? Família e educação: olhares da Psicologia. 2. ed. São Paulo: Paulinas, 209-231.