

**O MOMENTO DA AVALIAÇÃO NA INTERVENÇÃO PRECOCE: O ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA
ESTUDO DAS QUALIDADES PSICOMÉTRICAS DO ASQ-2 DOS 30 AOS 60 MESES**

*THE MOMENT OF ASSESSMENT IN EARLY INTERVENTION: STUDY OF PARENTAL INVOLVEMENT
OF PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF ASQ-2 FROM 30 TO 60 MONTHS*

Patrícia Roberto de Meireles GRAÇA¹
Maria de La Salete da Cunha TEIXEIRA²
Sónia Cristiana Gonçalves LOPES³
Ana Maria da Silva Pereira Henriques SERRANO⁴
Adriano Rockland Siqueira CAMPOS⁵

RESUMO: a relação entre pais e profissionais de saúde e de educação é fundamental para o desenvolvimento da criança. Esta se torna ainda mais essencial em crianças que apresentam risco de desenvolvimento. Essa mesma relação é valorizada numa abordagem centrada na família tendo implicações significativas nas práticas nos diferentes contextos e na sua aplicabilidade, exigindo que os profissionais assumam novos papéis e que aprendam novas competências no trabalho com as famílias. Estas competências concretizam-se nos primeiros contactos com a família desde o momento da avaliação até à efetiva prestação de serviços. A realização deste estudo surgiu da necessidade constatada de envolver os pais desde o primeiro momento do processo em

¹ Doutoranda em Estudos da Criança, na área de conhecimento em Educação Especial, na Universidade do Minho. Mestre em Intervenção Educativa Precoce pelo Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho. Licenciada em Terapia Ocupacional pela Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto. Docente no departamento de Terapia Ocupacional do Instituto Superior de Saúde do Alto Ave e Terapeuta Ocupacional na Associação de Paralisia Cerebral de Guimarães. pattymeireles@yahoo.com.br

² Doutoranda em Estudos da Criança, na área de conhecimento em Educação Especial, na Universidade do Minho. Mestre em Intervenção Educativa Precoce pelo Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho. Licenciada em Terapia da Fala pela Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto. Diretora do curso de Terapia da Fala no Instituto Superior de Saúde do Alto Ave. Docente no departamento de Terapia da Fala do Instituto Superior de Saúde do Alto Ave. Terapeuta da Fala na Associação de Paralisia Cerebral de Guimarães. l_salete_t@hotmail.com

³ Doutoranda em Estudos da Criança, na área de conhecimento em Educação Especial, na Universidade do Minho. Mestre em Intervenção Educativa Precoce pelo Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho. Pós-graduada no tratamento do Neurodesenvolvimento segundo Bobath. Licenciada em Fisioterapia pela Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto. Docente da Escola Superior de Saúde do Instituto Jean Piaget. Fisioterapeuta na Associação de Paralisia Cerebral de Guimarães. lopes_s@portugalmail.pt

⁴ Doutorada em Educação Especial pelo Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho. Mestre em Intervenção Precoce pela Universidade de Cincinnati, EUA. Licenciada em Psicologia pela Faculdade da Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coordenadora do Mestrado de Intervenção Precoce e Docente da área de Educação Especial do Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho. anamserrano@gmail.com

⁵ Doutorando em Educação pela Universidade Lusófona do Porto. Especialista em Geriatria e Gerontologia pela Universidade de Aveiro. Pós-Graduado em Gerontologia Social pela Universidade Católica Portuguesa. Licenciado em Fonoaudiologia pela Universidade Católica de Pernambuco com reconhecimento de grau acadêmico pela Universidade do Algarve. Coordenador das Pós-Graduações em Motricidade orofacial e Disfagias Orofaringeas no Instituto Superior de Saúde do Alto Ave. Docente do gabinete de Terapia da Fala no Instituto Superior de Saúde do Alto Ave. adrianorockland@yahoo.com.br

intervenção precoce através de um instrumento formal e de simples aplicação. O ASQ-2 é constituído por 19 questionários divididos por diferentes idades entre os quatro e os 60 meses. Cada questionário é composto por 30 itens divididos pelas áreas de desenvolvimento comunicação, motricidade global, motricidade fina, resolução de problemas e pessoal-social. Este trabalho constitui a análise dos questionários dos 30 aos 60 meses para observar as qualidades psicométricas do ASQ, tendo sido aplicados a uma amostra de conveniência de 127 famílias do distrito de Braga. Foi possível verificar que o ASQ-2 traduzido apresenta resultados atraentes o que significa que poderá vir a ser utilizado pela população portuguesa de pais e profissionais (de saúde e de educação) que pretendam concretizar as suas dúvidas através de um instrumento formal de rastreio e de monitorização do desenvolvimento da criança.

PALAVRAS-CHAVE: educação especial; estimulação precoce; participação da família; avaliação; psicométrica.

ABSTRACT: The relationship between parents and health and education professionals is fundamental to the development of the child. This becomes even more important in children who are at risk. This relationship is valued in a family-centered approach and there are significant implications for practice in different contexts, requiring professionals to take on new roles and learn new skills in working with families. These skills come to the foreground during the first contacts with the family beginning at the time of assessment through to the effective provision of services. This study arose due to the perception that parents needed to be involved from the very beginning of the process in Early Intervention, by means of a formal instrument and simple application. The ASQ-2 is composed of 19 different questionnaires organized according to age intervals from 4 to 60 months. Each questionnaire comprises 30 items grouped according to the developmental areas of communication, gross motor, fine motor, problem solving and personal-social. This study presents the analysis of questionnaires from 30 to 60 months to observe the psychometric properties of the ASQ applied to a convenience sample of 127 households in the district of Braga. We concluded that the ASQ-2 presents attractive results suggesting that it could be used by the Portuguese population of parents and professionals (health and education) who wish to answer some questions using a formal screening and monitoring of child development instrument.

KEYWORDS: Special Education; Early Stimulation; Family Involvement; Assessment; Psychometrics.

1 INTRODUÇÃO

A intervenção precoce é um campo profissional que se encontra em profundo desenvolvimento, ganhando cada vez mais sentido na sociedade atual (SIMEONSSON; BAILEY, 1990). Nos últimos anos, a intervenção precoce caracterizou-se por progressos importantes, ao nível conceptual, teórico e prático, tendo implicações na implementação e organização da abordagem centrada na família (DUNST, 2000; ESPE-SHERWINDT, 2008; GURALNICK, 2005).

Meisels e Shonkoff (2000) definem intervenção precoce como o conjunto de serviços prestados às crianças entre zero e cinco anos de idade, em que os principais objetivos são: promover a saúde e o bem-estar da criança, impulsionar a emergência de competências; minimizar os atrasos no desenvolvimento; remediar as incapacidades existentes ou emergentes; impedir a deterioração funcional e promover a adaptação parental e o funcionamento global da família. Blackman (2003) refere que a intervenção precoce pretende prevenir ou minimizar as limitações físicas, cognitivas, emocionais das crianças com fatores de risco biológico ou ambiental, sendo a família um fator com uma importância fundamental para o sucesso na intervenção.

Constata-se que os modelos de intervenção tendem a evoluir para modelos de intervenção centrados na família. Nesta perspectiva, a intervenção dos profissionais de intervenção precoce só faz sentido se estes perceberem que a criança se insere num contexto familiar que influencia o desenvolvimento. O envolvimento da família tem vindo a ser promovido de diferentes formas na intervenção precoce, devido à evolução de filosofias conceptuais sobre o desenvolvimento humano. Sandall, McLean e Smith (2000); Stayton e Karnes (1994); Wolery (2000) referem que serviços de intervenção precoce devem definir critérios de elegibilidade de crianças e famílias, sendo essencial a implementação de procedimentos específicos de avaliação/intervenção que reflitam o envolvimento da família ao longo de todo o processo.

A Abordagem Sistêmica da Família baseia-se na teoria geral dos sistemas, de Bertalanffy de 1968 (SERRANO; CORREIA, 2002) que concebe a família como um sistema aberto em que os seus membros com vivências e individualidades diferenciadas, mas com uma história em comum, interagem entre si e com o meio. As dinâmicas intra e interpessoais modelam o funcionamento da família de tal forma que existe uma «retroação contínua». Então, nesta extrínseca rede de interações, o que se passa com um dos seus membros afeta os outros e o sistema familiar no seu conjunto; reciprocamente, as mudanças operadas na família afetam individualmente cada um dos seus elementos.

Atualmente, é inquestionável que o meio desempenha um papel fundamental no desenvolvimento (SAMEROFF; FIESE, 2000) e a família é um dos contextos mais importantes do mundo ecológico da criança (SERRANO; CORREIA, 2002) e assume uma importância crítica no desenvolvimento da mesma (SAMEROFF; FIESE, 2000).

Estudos científicos (CHEN, 1999) demonstram a forte correlação entre progressos no desenvolvimento da criança e envolvimento da sua família ao longo de todo o processo terapêutico, assim como a relação com o técnico. O bebê passa a maior parte do seu tempo inicial de vida com a família, constituída pelas pessoas mais importantes que através das interações, asseguram a formação e construção de um ser social com identidade e personalidade únicas (CRUZ et. al, 2003). Os pais têm oportunidades para intervir em momentos em que a criança está mais motivada para comunicar, momentos que são difíceis de transpor para um ambiente clínico ou educativo (RIO, 1997).

Deste modo, Dunst (1985) introduz os conceitos de *Empowermen* e *Enabling*, tornando-se fulcrais na valorização do envolvimento parental na intervenção.

Empowerment, traduzido por corresponsabilizar (SERRANO; CORREIA, 2002) significa intervir de forma a que a família adquira um sentimento de controlo sobre a sua vida, como resultado do seu próprio esforço, para alcançar os seus objetivos. Cruz et al. (2003) referem que as famílias experimentam o sucesso ao conseguirem aceder aos recursos formais e informais, e aumentarem a confiança nas suas próprias capacidades para resolverem os desafios.

Enabling, traduzido por capacitar (SERRANO; CORREIA, 2002) é sinônimo de criar situações para que a família se sinta mais competente, independente e autossuficiente, para satisfazer as suas necessidades e atingirem os seus objetivos.

As parcerias refletem mudanças efetivas nas relações de poder entre profissionais e família (ROBERTS; RULE; INNOCENTI, 1998). Para efetivar um processo de parceria, de partilha e de compromisso entre família e profissionais salientam-se as estratégias de *Coaching e Skilled Dialogue*. O *Coaching* promove essas parcerias edificando relações e promovendo a aprendizagem e/ou aperfeiçoamento de competências para que todos os elementos atinjam o máximo das suas potencialidades (GALLACHER, 1997; HANFT; RUSH; SHELDON, 2004; RUSH; SHELDON, 2005). *Skilled Dialogue* consiste na adequação do diálogo à especificidade de cada família no que respeita à realidade cultural e linguística (BARRERA; CORSO, 2002; BARRERA; CORSO; MACPHERSON, 2004).

As novas ideias e descobertas encontram-se alguns passos à frente da sua aplicação prática, podendo nalguns casos não se traduzirem facilmente nas práticas observadas, originando uma espécie de «fosso» entre a teoria e a prática (WILCOX, 2003). Referiu também, que a arte de práticas de intervenção eficazes está constantemente sujeita a melhorias e apuramento de práticas existentes assim como à introdução de ideias e abordagens inteiramente novas.

Apesar de vários profissionais já terem a consciência que na primeira infância o trabalho deverá ser desenvolvido centrado na família, a realidade de muitos serviços é que estes não estão de acordo com os princípios de uma intervenção centrada na família. Crais (2003) refere que embora muitos concordem com esta abordagem, incorporá-la no trabalho diário com crianças e famílias nem sempre é fácil.

McWilliam (2003a) refere que os modelos de prestação de serviços formam um contínuo que vai desde contextos segregados e equipas multidisciplinares até contextos inclusivos com equipas transdisciplinares, sendo que as últimas correspondem às práticas atualmente recomendadas. Nesta abordagem oferece-se um contexto mais natural à criança e sua família onde se promove o envolvimento dos pais e se observa o comportamento da criança em atividades significativas para esta. McWilliam (2000) refere que o trabalho em equipe deve incluir elementos da família, deve ser baseado na funcionalidade e não nos serviços e ser acessível aos educadores naturais da criança (pais e educadores ou outros prestadores de cuidados).

A participação dos pais e a inclusão destes como membros integrantes da equipe também é valorizada por Winton (1996), que recomenda uma relação de parceria entre profissionais e pais, quer no momento de avaliação quer no momento de intervenção. A construção desta relação requer tempo e sensibilidade às diferenças de cada um, mas é a única forma de concretizar uma intervenção transdisciplinar centrada na família.

O modelo transdisciplinar tem benefícios diretos para a família e para a criança entre os quais o fato da família ser respeitada como membro da equipe, de constatar que o seu conhecimento da criança e as suas prioridades são parte integrante do Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) e que ela própria ajudou a construir e a estabelecer uma relação privilegiada com o técnico (PIMENTEL, 2005).

McWilliam (2003b) refere um conjunto de ferramentas de avaliação para facilitar a participação da família na avaliação de crianças, das quais destacamos o *Ages and Stages Questionnaires 2ª Edition (ASQ-2): A Parent-Completed Child-Monitoring System*, visto ser o instrumento de avaliação do estudo que se está a desenvolver. A avaliação pode e deve ser enriquecida pelo conhecimento que os cuidadores têm relativamente à criança, tornando a percepção dos intervencionistas precoces mais holística. A avaliação realizada pelos pais não só nos dá indicações relativamente à criança como também, nos indica expectativas, frustrações, rotinas e formas de estabelecer relação com o seu filho.

O ASQ-2 consiste num instrumento de avaliação de crianças entre os quatro e os 60 meses de idade. É composto por 19 questionários formulados para serem preenchidos pelos pais ou cuidadores primários. Os intervalos dos questionários incluem 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30, 33, 36, 42, 48, 54 e 60 meses de idade. Cada questionário contém 30 itens do desenvolvimento que foram escritos numa linguagem simples e direta. Os itens estão divididos em cinco áreas: Comunicação, Motricidade Global, Motricidade Fina, Resolução de Problemas e Pessoal-Social. Uma área para Observações acrescenta preocupações em geral por parte dos pais. Sempre que possível são apresentadas imagens para auxiliar os pais ou cuidadores na compreensão dos itens (SQUIRES; POTTER; BRICKER, 1999).

Para os 30 itens de desenvolvimento, os pais assinalam *sim* para indicar que a criança realiza o comportamento especificado no item, *às vezes* para indicar uma resposta ocasional ou emergente por parte da criança, ou *ainda não* para indicar que a criança ainda não realiza aquele comportamento. O profissional converte cada resposta numa pontuação, totaliza esses valores, e compara o total com os valores limite estabelecidos (SQUIRES; POTTER; BRICKER, 1999).

O material que compõe o instrumento consta de manual do utilizador, 19 questionários fotocopiáveis, 19 folhas para sumário da informação e cotação fotocopiáveis, não sendo necessário material específico (SQUIRES; POTTER; BRICKER, 1999).

A principal vantagem da utilização do sistema ASQ é ter sido construído de forma a assistir os pais no que concerne à monitorização do desenvolvimento dos seus filhos. Esta configuração do sistema ASQ confere-lhe uma enorme flexibilidade na sua aplicação e implementação (SQUIRES; POTTER; BRICKER, 1999).

O preenchimento dos questionários é simples e objetivo logo pode ser realizado por indivíduos sem treino ou formação específica (SQUIRES; POTTER; BRICKER, 1999).

Para além das vantagens referidas, temos também que, o uso do sistema ASQ assenta na observação dos pais das suas crianças o que representa um sistema com menor custo e maior eficácia, pois o leque de informação que os pais têm dos seus filhos é mais variado, rico e completo.

Tal como em qualquer forma de avaliação, o sistema ASQ tem algumas limitações. Primeiro, pode surgir a necessidade de avaliar crianças que não se incluem nos intervalos de idade existentes no sistema ASQ (ex.: 1 ou 2 meses de idade). Segundo, a utilização do sistema ASQ implica estruturas organizadas, ou seja, é necessário assegurar-nos que os questionários enviados ou entregues estão a ser preenchidos. É essencial que sejam cotados atempadamente e que os pais recebam o feedback necessário após o seu preenchimento. Por último, o sistema ASQ pode não ser apropriado para todas as famílias. Alguns pais podem não estar dispostos ou motivados para preencher questionários acerca dos seus filhos. Outras famílias podem encontrar-se de tal modo desestruturadas que não encontrem forma de preencher os questionários. Em situações de doença mental ou desajustes emocionais dos pais a compreensão dos questionários pode estar comprometida (SQUIRES; POTTER; BRICKER, 1999).

No contexto da realidade portuguesa, importa salientar a escassez e até inexistência de instrumentos de avaliação que permitam à família participar ativamente nesta, e de transmitir as suas preocupações e prioridades em relação ao seu filho. Não apenas de alterações quantitativas (peso, altura) se faz o desenvolvimento de uma criança sendo essencial que os pais tenham acesso a instrumentos que concretizem os seus anseios. O jardim de infância, através dos seus profissionais especializados, poderá ser o primeiro veículo de oportunidade para disponibilizar os recursos formais necessários para qualquer situação que se preveja de risco para o desenvolvimento da criança.

2 METODOLOGIA

2.1 AMOSTRA

Para a realização deste estudo foram selecionadas crianças com idades compreendidas entre os 30 e os 60 meses, residentes no distrito de Braga, nascidas de termo (gestação de pelo menos 37 semanas) e sem diagnóstico de risco biológico ou de desenvolvimento; foram excluídos todos os pais/cuidadores que tivessem doença psiquiátrica ou mental diagnosticada e que não tivessem pelo menos o 1º ciclo de escolaridade.

A amostra deste estudo chegou a um total de 127 indivíduos estratificada em sete estratos de idade: 30, 33, 36, 42, 48, 54 e 60 meses. Pela observação da Tabela 1, podemos verificar que do total de 127 crianças, 62 são do sexo feminino e 65 do sexo masculino. Aos 30 meses, 10 são meninas e sete são meninos (17 crianças); aos 33 meses, 12 são meninas e seis são meninos (18 crianças); aos 36 meses, nove são meninas e 17 são meninos (26 crianças); aos 42 meses, cinco

são meninas e 12 são meninos (17 crianças); aos 48 meses, oito são meninas e 12 são meninos (20 crianças), aos 54 meses, 10 são meninas e seis são meninos (16 crianças) e aos 60 meses, oito são meninas e cinco são meninos (13 crianças). Destas, constatamos que 89% (n=113) frequentavam o infantário e 11% (n=14) não frequentavam.

Tabela 1 - Caracterização da amostra em função da idade e gênero da criança.

Idade da criança	Gênero da criança		Total n (%)
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	
30 Meses	10(7,9)	7(5,5)	17(13,4)
33 Meses	12(9,4)	6(4,7)	18(14,2)
36 Meses	9(7,1)	17(13,4)	26(20,5)
42 Meses	5(3,9)	12(9,4)	17(13,4)
48 Meses	8(6,3)	12(9,4)	20(15,7)
54 Meses	10(7,9)	6(4,7)	16(12,6)
60 Meses	8(6,3)	5(3,9)	13(10,2)
Total	62(48,8)	65(51,2)	127(100)

No que respeita aos pais/cuidadores, a faixa etária dos pais/cuidadores varia entre os 18 e os 50 anos, sendo a média de 32,76 anos e o desvio padrão de 5,36, a maior parte destes, 78,7% (n=100) são, do sexo feminino e fazem parte de famílias nucleares, 83,4% (n=107), (monoparentais, 5,5% (n=7) e extensas, 10,2% (n=13)), Tabela 2. Destes, 50,4% (n=64), apresentam um nível socioeconômico baixo ou médio-baixo, 29,9% (n=38), médio e os restantes 19,7% (n=25) alto ou medio-alto (Tabela 2). No que concerne à escolaridade verificamos que 37 elementos (29,1%) possuem o 1º e 2º ciclos de escolaridade, 69 elementos (54,3%) possuem o 3º ciclo de escolaridade e 21 elementos (16,5%) possuem escolaridade ao nível do ensino superior.

Tabela 2 - Caracterização da amostra pais/cuidadores.

Pais/Cuidadores		n	%
Gênero	feminino	100	78,7
	masculino	27	21,3
Idade	Até aos 25 anos	12	9,4
	Dos 26 aos 35 anos	75	59,2
	acima dos 36	40	31,4
Nível socioeconômico	baixo e médio-baixo	64	50,4
	médio	38	29,9
	médio-alto e alto	25	19,7
Tipologia da família	monoparental	7	5,5
	nuclear	107	84,3
	extensa	13	10,2
Escolaridade	1º e 2º ciclos	37	29,1
	3º ciclo e secundário	69	54,3
	ensino superior	21	16,5

2.2 PROCEDIMENTOS

Durante a observação das qualidades psicométricas da versão em português do instrumento ASQ-2 passamos por duas etapas. A primeira etapa consistiu na tradução do instrumento na versão original na língua inglesa para a língua portuguesa, esta foi realizada pela autora deste estudo contando com a colaboração de um profissional bilingue cuja língua materna é o inglês. De seguida, a primeira versão em português foi entregue a dois profissionais da área do desenvolvimento para que se pudesse avaliar a equivalência cultural e conceptual. Posteriormente, prosseguimos para a administração desta versão a uma amostra restrita, 7 elementos, a quem foi solicitada para fazer comentários caso não compreendessem o pedido. Após observar atentamente os referidos comentários foi elaborada a versão final do ASQ-2 na língua portuguesa. Numa segunda etapa deste estudo, distribuimos os questionários em mão pelos elementos da nossa amostra que os preencheram de forma autónoma. Foram distribuídos cerca de 200 questionários e recolhidos 127 o que corresponde a uma taxa de retorno de 63,5%. Em seguida, os dados foram inseridos num ficheiro do SPSS e, posteriormente, foram analisadas a sensibilidade, a confiabilidade através do Alpha de Cronbach, Alpha de Cronbach se item excluído e coeficiente de bipartição (*split-half*) e ainda a análise da validade recorrendo ao coeficiente produto momento, *r* de Pearson.

3 RESULTADOS

3.1 SENSIBILIDADE

Na coluna de variação podem ser observados os valores mínimos e máximos obtidos em cada área de desenvolvimento, para cada questionário. Na amostra estudada, verifica-se que na área motricidade fina, aos 36 meses, se encontra a máxima variação possível, entre 0 e 60. A variação mínima, entre 45 e 60, observa-se na motricidade global aos 42 meses, resolução de problemas aos 48 meses e comunicação aos 54 meses. Neste último, encontramos os valores mais altos para a média, 56,88 e o desvio padrão menor, 4,79.

Tabela 3 - Sensibilidade de cada área de desenvolvimento por intervalo de idade.

Intervalo de idade (em meses)	n (%)	Áreas de Desenvolvimento	Varição	Média	Mediana	Desvio Padrão	Curtose	Assimetria
30	17 (13,4)	Comunicação	40-60	55,59	60	6,82	0,15	-1,24
		Motricidade Global	40-60	54,71	60	7,17	0,14	-1,18
		Motricidade Fina	10-60	33,82	35	12,93	-0,16	0,02
		Resolução de Problemas	30-60	49,71	50	9,1	-0,53	-0,61
		Pessoal-Social	35-60	50,29	50	7,17	0,85	-0,98
33	18 (14,2)	Comunicação	25-60	51,11	52,50	8,67	3,94	-1,68
		Motricidade Global	30-60	51,94	55	8,6	0,99	-1,15
		Motricidade Fina	10-60	42,78	45	16,11	-0,53	-0,72
		Resolução de Problemas	35-60	50,56	50	7,84	-0,8	-0,31
		Pessoal-Social	35-60	50,83	52,50	8,95	-1,02	-0,56
36	26 (20,5)	Comunicação	25-60	52,31	55	8,63	3,05	-1,7
		Motricidade Global	40-60	54,42	55	6,69	-0,26	-0,97
		Motricidade Fina	0-60	39,23	45	18,2	-1,05	-0,44
		Resolução de Problemas	10-60	52,50	57,50	12,59	4,83	-2,23
		Pessoal-Social	15-60	45,96	50	10,2	3,49	-1,72
42	17 (13,4)	Comunicação	40-60	53,53	55	7,02	-1,25	-0,48
		Motricidade Global	45-60	54,12	55	5,93	-1,42	-0,38
		Motricidade Fina	10-60	45,88	50	15,44	0,41	-1,11
		Resolução de Problemas	35-60	50,88	50	6,9	0,65	-1
		Pessoal-Social	30-60	47,65	50	9,03	-0,55	-0,34
48	20 (15,7)	Comunicação	40-60	54,25	55	6,13	-0,43	-0,64
		Motricidade Global	30-60	52,25	55	7,69	3,65	-1,92
		Motricidade Fina	20-60	44,50	47,50	12,56	-0,77	-0,61
		Resolução de Problemas	45-60	55	55	4,29	-0,08	-0,56
		Pessoal-Social	30-60	52,50	52,50	8,51	0,86	-1,03
54	16 (12,6)	Comunicação	45-60	56,88	60	4,79	1,01	-1,42
		Motricidade Global	30-60	52,50	52,50	8,76	1,48	-1,23
		Motricidade Fina	5-60	40,94	42,50	16,04	-0,21	-0,57
		Resolução de Problemas	30-60	48,75	50	8,66	-0,27	-0,44
		Pessoal-Social	30-60	48,44	50	9,26	-1,41	-0,27
60	13 (10,2)	Comunicação	30-60	47,31	50	10,33	-0,7	-0,40
		Motricidade Global	25-60	47,69	50	12,69	-0,44	-0,83
		Motricidade Fina	40-60	51,92	55	7,5	-0,73	-0,78
		Resolução de Problemas	25-60	51,15	55	11,02	1,4	-1,4
		Pessoal-Social	40-60	54,23	55	6,07	1,46	-1,31

Relativamente à comparação das medidas média e mediana observa-se que, em todas as áreas de desenvolvimento os valores são próximos, indicando uma distribuição próxima do normal.

Ao observarmos as medidas de curtose e de assimetria verifica-se que a idade onde se observam mais valores indicativos de uma distribuição muito afastada da distribuição normal é a de 36 meses nas áreas comunicação, resolução de problemas e pessoal-social. Aos 33 meses observa-se que na área da comunicação os valores de curtose e de assimetria são indicativos de uma distribuição afastada do normal bem como na área da motricidade global aos 48 meses de idade. Nos restantes verifica-se que os valores de curtose e assimetria se encontram próximos de uma distribuição normal o que traduz que os itens do ASQ traduzido entre os 30 e os 60 meses se podem considerar satisfatórios.

3.2 CONFIABILIDADE

Na Tabela 4 podemos observar os resultados da consistência interna de cada área de desenvolvimento e para o total do questionário em cada intervalo de idade deste estudo.

Tabela 4 - Consistência interna.

Intervalo de idade (em meses)	n (%)	Áreas de Desenvolvimento	a de Cronbach	Split-Half ^a	a de Cronbach se item excluído*
30	17 (13,4)	Comunicação	0,39	0,62	0,47 (item 5)
		Motricidade Global	0,51	0,08	0,56 (item 1)
		Motricidade Fina	0,56	0,82	0,61 (item 3)
		Resolução de Problemas	0,34	0,44	0,50 (item 6)
		Pessoal-Social	0,24	0,03	0,39 (item 6)
		Total	0,72	0,68	0,73 (RP item 4)
33	18 (14,2)	Comunicação	0,42	0,53	0,71 (item 6)
		Motricidade Global	0,49	0,68	0,57 (item 5)
		Motricidade Fina	0,77	0,80	0,86 (item 6)
		Resolução de Problemas	0,01	-0,04	0,44 (item 4)
		Pessoal-Social	0,54	0,64	0,61 (item 1)
		Total	0,82	0,9	0,85 (RP item 4)
36	26 (20,5)	Comunicação	0,47	0,64	0,56 (item 6)
		Motricidade Global	0,34	0,58	0,44 (item 2)
		Motricidade Fina	0,81	0,67	0,87 (item 6)
		Resolução de Problemas	0,85	0,87	0,86 (item 2)
		Pessoal-Social	0,69	0,74	0,73 (item 1)
		Total	0,90	0,91	0,91 (C item 6; MG item 2)
42	17 (13,4)	Comunicação	0,29	0,14	0,38 (item 5)
		Motricidade Global	-0,17	0,05	-0,02 (item 1)
		Motricidade Fina	0,77	0,56	0,80 (item 4)
		Resolução de Problemas	-0,13	-0,21	0,38 (item 6)
		Pessoal-Social	0,51	0,35	0,53 (itens 1 e 3)
		Total	0,77	0,63	0,78 (PS item 2)
48	20 (15,7)	Comunicação	0,22	0,2	0,41 (item 4)
		Motricidade Global	0,47	0,68	0,49 (item 2)
		Motricidade Fina	0,61	0,83	0,66 (item 4)
		Resolução de Problemas	-0,64	-0,34	-0,21 (item 6)
		Pessoal-Social	0,41	0,52	0,51 (item 6)
		Total	0,64	0,74	0,66 (MG item 5)

54	16 (12,6)	Comunicação	0,48	0,75	0,56 (item 2)
		Motricidade Global	0,51	0,63	0,67 (item 5)
		Motricidade Fina	0,79	0,84	0,80 (item 3)
		Resolução de Problemas	0,25	0,19	0,53 (item 2)
		Pessoal-Social	0,39	0,47	0,59 (item 5)
		Total	0,83	0,86	0,83 (RP item 4)
60	13 (10,2)	Comunicação	0,57	0,79	0,59 (item 2)
		Motricidade Global	0,84	0,81	0,85 (item 1)
		Motricidade Fina	0,38	0,02	0,5 (item 6)
		Resolução de Problemas	0,77	0,91	0,80 (item 1)
		Pessoal-Social	0,31	0,42	0,57 (item 6)
		Total	0,83	0,69	0,85 (MF item 1)

Tabela 4 - Consistência interna (continuação).

*todos os valores foram observados no coeficiente Spearman-Brown

O questionário que, em nível global, apresenta melhores níveis de consistência interna é o dos 33 meses uma vez que todos os coeficientes se apresentam acima de 0,82. No que concerne às áreas de desenvolvimento aquela que surge mais vezes assinalada com níveis de consistência interna acima de valores aceitáveis é a da motricidade fina uma vez que se observam valores entre o razoável e com para os 33, 42 e 54 meses; e entre o aceitável e o bom para os 36 e 48 meses. As áreas de resolução de problemas e pessoal-social apresentam-se com valores abaixo de 0,6 em cinco dos sete questionários. A primeira aos 30, 33, 42, 48 e 54 meses e a segunda aos 30, 42, 48, 54 e 60 meses.

3.3 VALIDADE

A validade do ASQ traduzido para português foi observada através do cálculo da correspondência entre o total de cada área de desenvolvimento, incluindo a mesma, e o total do questionário para cada intervalo de idade.

Tabela 5 - r de Pearson dos totais.

Intervalo de idade (em meses)	n(%)	Comunicação	Motricidade Global	Motricidade Fina	Resolução de Problemas	Pessoal-Social
30	17(13,4)	0,45	0,69**	0,77**	0,62**	0,67**
33	18(14,2)	0,66**	0,64**	0,83**	0,73**	0,76**
36	26(20,5)	0,76**	0,48*	0,9**	0,88**	0,9**
42	17(13,4)	0,64**	0,68**	0,82**	0,72**	0,64**
48	20(15,7)	0,67**	0,22	0,78**	0,42	0,78**
54	16(12,6)	0,62*	0,63**	0,93**	0,72**	0,72**
60	13(10,2)	0,87**	0,78**	0,5	0,69**	0,44

** Correlação significativa a um nível 0.01 (2 caudas)

* Correlação significativa a um nível 0.05 (2 caudas)

Na *Tabela 5*, podemos observar que as áreas que apresentam correlações mais fracas são: comunicação aos 30 meses (0,45); motricidade global e resolução de problemas aos 48 meses com 0,22 e 0,42 respectivamente; e motricidade fina e pessoal-social aos 60 meses com 0,5 e 0,44 respectivamente. No que concerne às restantes correlações verifica-se que aos 30 meses variam entre 0,62 (resolução de problemas) e 0,77 (motricidade fina); de 0,64 (motricidade global) a 0,83 (motricidade fina) aos 33 meses; de 0,48 (motricidade global) a 0,9 (motricidade fina e pessoal-social) aos 36 meses; de 0,64 (comunicação e pessoal-social) a 0,82 (motricidade fina) aos 42 meses; 0,67 (comunicação) a 0,78 (motricidade fina e pessoal-social) aos 48 meses; de 0,62 (comunicação) a 0,93 (motricidade fina) aos 54 meses e de 0,69 (resolução de problemas) a 0,87 (comunicação). O quadro 22 mostra também que aos 36 meses a área da motricidade global e aos 54 meses a área da comunicação têm correlações significativas a um nível de significância de 0,05, todas as restantes áreas que estão correlacionadas, têm um nível de significância de 0,01.

De seguida iremos observar as correlações entre as cinco áreas de desenvolvimento para cada intervalo de idade objeto deste estudo.

Tabela 6 - Coeficiente de correlação entre as cinco áreas de desenvolvimento aos 30 meses.

Área de Desenvolvimento	Comunicação	Motricidade Global	Motricidade Fina	Resolução de Problemas	Pessoal-Social
Comunicação		0,16	0,12	0,1	0,35
Motricidade Global			0,55*	0,17	0,37
Motricidade Fina				0,29	0,24
Resolução de Problemas					0,41
Pessoal-Social					

* Correlação significativa a um nível 0.05 (2 caudas)

As áreas mais fortemente correlacionadas de forma positiva, aos 30 meses, são a motricidade global com a motricidade fina com coeficiente de correlação r de Pearson de 0,55, a um nível de significância de 0,05 (Tabela 7).

Tabela 7 - Coeficiente de correlação entre as cinco áreas de desenvolvimento aos 33 meses.

Área de Desenvolvimento	Comunicação	Motricidade Global	Motricidade Fina	Resolução de Problemas	Pessoal-Social
Comunicação		0,15	0,37	0,66**	0,37
Motricidade Global			0,35	0,31	0,65**
Motricidade Fina				0,51*	0,51*
Resolução de Problemas					0,29
Pessoal-Social					

** Correlação significativa a um nível 0.01 (2 caudas)

* Correlação significativa a um nível 0.05 (2 caudas)

Da observação da Tabela 7, podemos verificar que as áreas mais fortemente correlacionadas, para os 33 meses, são a comunicação com a resolução de problemas e a motricidade global com a pessoal-social com coeficientes de correlação r de Pearson de 0,66 e 0,65, respectivamente, para um nível de significância de 0,01. Para um nível de significância de 0,05, verificaram-se correlações r de Pearson entre a área da motricidade fina com as duas áreas de desenvolvimento de resolução de problemas e pessoal-social, com 0,51.

Tabela 8 - Coeficiente de correlação entre as cinco áreas de desenvolvimento aos 36 meses.

Área de Desenvolvimento	Comunicação	Motricidade Global	Motricidade Fina	Resolução de Problemas	Pessoal-Social
Comunicação		-0,03	0,56**	0,72**	0,76**
Motricidade Global			0,5**	0,22	0,39*
Motricidade Fina				0,69**	0,68**
Resolução de Problemas					0,78**
Pessoal-Social					

** Correlação significativa a um nível 0.01 (2 caudas)

* Correlação significativa a um nível 0.05 (2 caudas)

Aos 36 meses de idade (Tabela 8), observaram-se correlações r de Pearson positivas fortemente significativas a um nível 0,01, entre as áreas da comunicação com motricidade fina (0,56), com resolução de problemas (0,72) e pessoal-social (0,76). A área da motricidade global está correlacionada com a motricidade fina a um nível de significância 0,01 com o valor de 0,5; e com a pessoal-social a um nível de significância 0,05 com o valor de 0,39. A área da motricidade fina correlaciona-se com a de resolução de problemas (0,69) e com a pessoal-social (0,68) para um nível de significância de 0,01. Por último, a área de resolução de problemas tem uma correlação fortemente significativa com a área pessoal-social com o valor de 0,78, para um nível de significância de 0,01.

Tabela 9 - Coeficiente de correlação entre as cinco áreas de desenvolvimento aos 42 meses.

Área de Desenvolvimento	Comunicação	Motricidade Global	Motricidade Fina	Resolução de Problemas	Pessoal-Social
Comunicação		0,46	0,45	0,35	0,16
Motricidade Global			0,4	0,63**	0,22
Motricidade Fina				0,31	0,33
Resolução de Problemas					0,54
Pessoal-Social					

$n=7$

** Correlação significativa a um nível 0.01 (2 caudas)

As áreas mais fortemente correlacionadas positivamente são a motricidade global com a resolução de problemas com coeficiente de correlação r de Pearson de 0,63, a um nível de significância de 0,01 (Tabela 9).

Tabela 10 - Coeficiente de correlação entre as cinco áreas de desenvolvimento aos 48 meses.

Área de Desenvolvimento	Comunicação	Motricidade Global	Motricidade Fina	Resolução de Problemas	Pessoal-Social
Comunicação		-0,07	0,39	0,15	0,59**
Motricidade Global			0,11	0,2	-0,17
Motricidade Fina				0,05	0,51*
Resolução de Problemas					0,32
Pessoal-Social					

n=20

** Correlação significativa a um nível 0.01 (2 caudas)

* Correlação significativa a um nível 0.05 (2 caudas)

Na Tabela 10, para os 48 meses, verifica-se que para um nível de significância de 0,01, existe uma correlação positiva fortemente significativa entre as áreas da comunicação e pessoal-social com o valor de 0,59. Já as áreas de motricidade fina e pessoal-social correlacionam-se a um nível de significância de 0,05 com o valor de 0,51.

Tabela 11 - Coeficiente de correlação entre as cinco áreas de desenvolvimento aos 54 meses.

Área de Desenvolvimento	Comunicação	Motricidade Global	Motricidade Fina	Resolução de Problemas	Pessoal-Social
Comunicação		0,28	0,56*	0,5*	0,18
Motricidade Global			0,37	0,15	0,57*
Motricidade Fina				0,72**	0,57*
Resolução de Problemas					0,22
Pessoal-Social					

n=16

** Correlação significativa a um nível 0.01 (2 caudas)

* Correlação significativa a um nível 0.05 (2 caudas)

Aos 54 meses (Tabela 11), observa-se que para um nível de significância de 0,01 apenas se correlacionam as áreas motricidade fina e resolução de problemas com o valor de 0,72. Para um nível de significância de 0,05 observa-se correlação significativa entre comunicação e motricidade fina (0,56) e, também, resolução de problemas (0,5); e entre a área pessoal-social com as áreas motricidade global e motricidade fina, ambas com valores de 0,57.

Tabela 12 - Coeficiente de correlação entre as cinco áreas de desenvolvimento aos 60 meses.

Área de Desenvolvimento	Comunicação	Motricidade Global	Motricidade Fina	Resolução de Problemas	Pessoal-Social
Comunicação		0,68*	0,31	0,62*	0,06
Motricidade Global			0,07	0,33	0,3
Motricidade Fina				0,15	0,49
Resolução de Problemas					0,01
Pessoal-Social					

n=13

* Correlação significativa a um nível 0.05 (2 caudas)

Na Tabela 12, podemos observar que, aos 60 meses, a área da comunicação se correlaciona de forma positiva com as áreas motricidade global (0,68) e resolução de problemas (0,62) para um nível de significância de 0,05.

4 CONCLUSÃO

Relativamente às qualidades psicométricas do ASQ traduzido neste estudo, no que concerne à sensibilidade, as medidas de curtose e assimetria apresentam valores indicativos de uma distribuição próxima do normal, podendo considerar-se que os itens que constituem o ASQ dos 30 aos 60 meses são satisfatórios. No instrumento original são apenas apresentados resultados de confiabilidade dos 30, 36, 48 e 60 meses para cada área de desenvolvimento (SQUIRES; POTTER; BRICKER, 1999).

Assim, no estudo do ASQ traduzido obtiveram-se para a área de comunicação valores de α de Cronbach que variam entre 0,22 no questionário dos 48 meses e 0,57 no questionário dos 60 meses. A utilização dos outros métodos mostra resultados mais atraentes, variando o *Split-half* entre 0,14 no questionário dos 42 meses até 0,79 no dos 60 meses e o α de Cronbach se item excluído entre 0,38 no questionário dos 42 meses até 0,71 no questionário dos 33 meses. No estudo original, os dados de referência para a área de comunicação relativamente ao coeficiente de α de Cronbach é de 0,74 para os 30 meses; de 0,69 para os 36 meses e de 0,79 para os 48 e 60 meses. Da análise comparativa dos dois estudos pode-se considerar que os valores obtidos no instrumento traduzido são ligeiramente inferiores ao original.

Na área da motricidade global os valores de α de Cronbach variam entre -0,17 no questionário dos 42 meses e 0,84 no questionário dos 60 meses. A utilização dos outros métodos mostra resultados muito semelhantes, variando o *Split-half* entre 0,05 no questionário dos 42 meses até 0,81 no dos 60 meses e o α de Cronbach com item excluído entre -0,02 no questionário dos 42 meses até 0,85 no questionário dos 60 meses. O questionário com o valor mais baixo é nos três métodos

o dos 42 meses bem como, o do valor mais alto é sempre o dos 60 meses. No estudo original, os dados de referência para a área da motricidade global relativamente ao coeficiente de a de Cronbach é de 0,78 para os 30 meses; de 0,76 para os 36 meses, de 0,84 para os 48 meses e de 0,75 para os 60 meses. Da análise comparativa dos dois estudos salienta-se que os valores de a de Cronbach são inferiores para os questionários dos 30, 36 e 48 meses traduzido. Contudo, para os 60 meses a consistência interna é superior na versão traduzida do que na original com o valor de 0,84.

Na área da motricidade fina os valores de a de Cronbach variam entre 0,38 no questionário dos 60 meses e 0,81 no questionário dos 36 meses. A utilização dos outros métodos mostra resultados mais atraentes excetuando o valor mínimo do *split-half*. Este varia entre 0,02 no questionário dos 60 meses até 0,84 no dos 54 meses e o a de Cronbach com item excluído entre 0,5 no questionário dos 60 meses até 0,87 no questionário dos 36 meses. No estudo original, os dados de referência para a área da motricidade global relativamente ao coeficiente de a de Cronbach é de 0,70 para os 30 meses; de 0,72 para os 36 meses, de 0,86 para os 48 meses e de 0,76 para os 60 meses. Da análise comparativa dos dois estudos salienta-se que os valores de a de Cronbach dos questionários traduzidos são indicadores de melhor consistência interna do que os valores do estudo original, exceto para o questionário dos 48 meses original.

Na área de resolução de problemas os valores de a de Cronbach variam entre -0,64 no questionário dos 48 meses e 0,85 no questionário dos 36 meses. A utilização dos outros métodos mostra resultados mais atraentes, variando o *Split-half* entre -0,34 no questionário dos 48 meses até 0,91 no dos 60 meses e o a de Cronbach se item excluído entre -0,21 no questionário dos 48 meses até 0,86 no questionário dos 36 meses. No estudo original, os dados de referência para a área de resolução de problemas relativamente ao coeficiente de a de Cronbach é de 0,61 para os 30 meses; de 0,66 para os 36 meses, de 0,85 para os 48 meses e de 0,77 para os 60 meses. Da análise comparativa dos dois estudos salienta-se que, apesar dos valores mínimos serem negativos para qualquer um dos métodos, vão aumentando de a de Cronbach para o *split-half* e para se item excluído. Observa-se, também, que os valores mínimos se apresentam sempre no questionário dos 48 meses revelando este, portanto, uma consistência interna muito inferior à do estudo original. No entanto, quando se observa os restantes questionários constata-se que a consistência interna vai de encontro aos resultados apresentados para o instrumento na sua versão original, superando-o em alguns casos.

Na área pessoal-social os valores de a de Cronbach variam entre 0,24 no questionário dos 30 meses e 0,69 no questionário dos 36 meses. A utilização do método *Split-half*, no questionário dos 30 meses ainda baixa mais o valor de consistência interna, apresentando um valor de 0,03, atingindo o valor máximo, 0,74 no questionário dos 36 meses. O a de Cronbach se item excluído varia entre 0,39 no questionário dos 30 meses até 0,73 no questionário dos 36 meses. No estudo original,

os dados de referência para a área pessoal-social relativamente ao coeficiente de a de Cronbach é de 0,56 para os 30 meses; de 0,55 para os 36 meses, de 0,86 para os 48 meses e de 0,77 para os 60 meses. Da análise comparativa dos dois estudos salienta-se que os valores de a de Cronbach no questionário traduzido dos 30 meses são inferiores ao do estudo original, sendo uma área que revela uma consistência interna abaixo do aceitável, no entanto, quando se observa os restantes questionários constata-se que a consistência interna vai de encontro aos resultados apresentados para o instrumento na sua versão original.

Os valores de a de Cronbach variam para os totais entre o aceitável (0,64) aos 48 meses, razoável (0,72 e 0,77) aos 30 e 42 meses e bom (0,82, 0,83, 0,90) aos 33, 54 e 60 e 36 meses. O questionário com valor mais baixo, o dos 48 meses passa para razoável pelo método de *split-half* com 0,74.

Neste estudo, salienta-se que o questionário dos 36 meses é o que apresenta melhores indicadores de consistência interna, pois todos os valores de a por qualquer um dos métodos se encontram acima do bom.

A análise da confiabilidade temporal e interobservador não foram observadas no decorrer deste estudo devido a limitações temporais e económicas. No entanto consideramos que numa futura validação seria pertinente a realização destes testes.

No intervalo de idades deste estudo, dos 30 aos 60 meses, relativamente à validade, do mesmo modo que na análise da confiabilidade, o instrumento original apenas apresenta resultados para os questionários dos 30, 36, 48 e 60 meses. Comparando os resultados obtidos neste estudo com os do original, para os 30 meses observa-se que todas as áreas, exceto a da comunicação (0,45), apresentam correlações significativas variando desde um valor mínimo de 0,62 na área de resolução de problemas até um valor máximo de correlação na área de motricidade fina, 0,77. No estudo original as correlações variam desde 0,60 nas áreas de motricidade global e pessoal-social até 0,83 na área de resolução de problemas. Excetuando a área da comunicação concluiu-se que os resultados da versão traduzida vão de encontro ao original.

No questionário dos 36 meses, verifica-se que existe uma correlação significativa em todas as áreas registando-se o valor mais baixo na área da motricidade global (0,48) e o mais alto nas áreas da motricidade fina e pessoal-social (0,90). No estudo original as correlações variam desde 0,73 na área pessoal-social até 0,83 na área de resolução de problemas. As correlações são superiores no ASQ traduzido exceto nas áreas da comunicação e motricidade global.

Aos 48 meses, este trabalho revela que as áreas da motricidade global e da resolução de problemas apresentam correlações mais fracas do que as restantes com 0,22 e 0,42, respectivamente. As restantes áreas têm correlações a variar entre 0,67 na comunicação e 0,78 na motricidade fina e pessoal-social. O estudo original mostra que as correlações, no questionário dos 48 meses variam desde 0,66 na área

de resolução de problemas até 0,82 na área da motricidade fina. Verifica-se que na tradução do ASQ observam-se correlações similares às do estudo do instrumento original, exceto nas áreas da motricidade global e resolução de problemas que neste estudo tiveram correlações fracas.

Para o questionário dos 60 meses obtiveram-se correlações positivamente significativas em todas as áreas de desenvolvimento exceto nas áreas da motricidade fina e pessoal-social, 0,5 e 0,44, respectivamente. Contudo comparando os valores do instrumento original para estas mesmas áreas verifica-se que são muito semelhantes, 0,55 para a motricidade fina e 0,48 para a pessoal-social. Para as restantes áreas observam-se valores de correlação superiores no estudo traduzido. Neste a correlação varia entre 0,69 na área de resolução de problemas e 0,87 na comunicação. No instrumento original a correlação varia entre 0,44 na comunicação e 0,58 na motricidade global.

Podemos concluir que o questionário que, no ASQ traduzido, apresenta correlações significativas para todas as áreas de desenvolvimento foi o dos 36 meses e no estudo original o que obteve valores mais fracos de correlação foi o dos 60 meses (todas as áreas abaixo de 0,58).

Para além do descrito anteriormente, no nosso estudo fizemos uma análise mais detalhada das correlações entre cada área de desenvolvimento para cada questionário, observando-se na globalidade, correlações menos significativas, que provavelmente não teriam acontecido se tivéssemos seguido a mesma linha do estudo original. No ASQ original realizou-se o cálculo de *r* de Pearson entre cada subescala para o total da amostra.

Importa salientar que neste estudo se realizou a apreciação da validade aparente ou facial por um profissional especializado da área de desenvolvimento. Pelo mesmo motivo referido aquando da análise da confiabilidade, não foram realizados estudos de validade concorrente e de critério, no entanto consideramos que seria pertinente a realização destes, em futuros estudos.

REFERÊNCIAS

- BARRERA, I.; CORSO, R. M. Cultural competency as skilled dialogue. *Topics in Early Childhood Special Education*. v. 22, n. 2, p. 103-113, 2002.
- BARRERA, I.; CORSO, R. M.; MACPHERSON, D. *Skilled dialogue: strategies for responding to cultural diversity in early childhood*. Baltimore: Paul H. Brookes, 2004
- BLACKMAN, J. A. Early intervention: an overview. In: ODOM, S. L.; HANSON, M. J.; BLACKMAN, J. A.; Kaul, S. *Early intervention practices around the world*. Baltimore: Brookes Publishing, 2003. p. 1-26.

- CHEN, D. Understanding hearing loss: Implications for early intervention. In: Chen, D. (Ed.). *Essential elements in early intervention: Visual impairments and multiple disabilities*. New York: American Foundation for the Blind, 1999. p. 207-245.
- CRAIS, E. R. Aplicar princípios centrados na família à avaliação da criança. In: MCWILLIAM, P.; WINTON, P.; CRAIS E. *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família*. Porto: Porto Editora, 2003. p. 81-110.
- CRUZ, A. I. et al. *Intervenção precoce: resultados do PIIP*. Coimbra: PIIP, 2003.
- DUNST, C. J. Rethinking early intervention. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, v. 5, n. 1-2, 165-201, 1985.
- _____. Revisiting "Rethinking Early Intervention". *Topics in Early Childhood Special Education*, London, v. 20, n. 2, p. 95-104, 2000.
- ESPE-SHERWINDT, M. E. Family centred practice: collaborative, competency and evidence. *Support for Learning*, London, v. 23. n. 3, p. 136-143, 2008.
- GALLACHER, K. Supervision, mentoring, and coaching: Methods for supporting personal development. In: WINTON, P. J.; MCCOLLUM, J. A.; CATLETT, C. (Eds.). *Reforming personnel preparation in early intervention*. Baltimore: Paul H. Brooks Publishong Co, 1997. p. 191-214.
- GURALNICK, M. J. An overview of the developmental systems model for early intervention. In: GURALNICK M, J. (Ed.). *The developmental systems approach to early intervention*. Maryland: Paul H. Brookes, 2005. p. 3-28.
- HANFT, B. E.; RUSH, D. D.; SHELDON, M. L. *Coaching families and colleagues in early childhood*. Baltimore: Paul H. Brookes, 2004.
- MEISELS, S. J.; SHONKOFF, J. P. Early childhood intervention: a continuing evolution. In MEISELS, S. J.; SHONKOFF, J. P. (Eds.). *Handbook of early intervention*. 2 ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2000. p. 231-257.
- MCWILLIAM, P. J. Práticas de intervenção precoce centradas na família. In: MCWILLIAM, P.; WINTON, P.; CRAIS, E. (Eds.). *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família*. Porto: Porto Editora, 2003a. p. 9-22.
- _____. Repensar a avaliação da criança. In MCWILLIAM, P.; WINTON, P.; CRAIS, E. (Eds.). *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família*. Porto: Porto Editora, 2003b. p.65-80
- MCWILLIAM, R. A. Recommended practices in interdisciplinary models. In: SANDALL, S.; MCLEAN, M.; SMITH, B. (Org.). *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education*. Denver, CO: Sopris West, 2000. p. 47-52.
- PIMENTEL, J. *Intervenção focada na família: desejo ou realidade*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, 2005
- RIO, M. *Lenguage y comunicaci3n en personas com necesidades especiales*. Barcelona: Ediciones Mart3nez Roca SA, 1997.
- ROBERTS, R. N.; RULE, S.; INNOCENTI, M. S. *Strenghtneing for family professional partnership in services for young children*. Baltimore: Paul H. Brooks, 1998.

RUSH, D. D.; SHELDEN, M. L. An evidence based definition of coaching practices. Electronic publication of the Center for the Advanced Study of Excellence in Early Childhood and Family Support Practices, Family, Infant and Preschool Program, J. Iverson Riddle Developmental Center, Morganton, NC, 2005. Disponível em: http://www.fippcase.org/caseinpoint/caseinpoint_vol1_no6.pdf. Acesso em 18 nov. 2009.

SAMEROFF, A. J.; FIESE, B. H. Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In: MEISELS, S. J.; SHONKOFF, J. P. (Eds.). *Handbook of early intervention*. 2 ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2000. p. 135-159.

SANDALL, S.; MCLEAN, E.; SMITH, B. J. *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education*. Denver, CO: Sopris West, 2000.

SERRANO, A. M.; CORREIA, L. M. Intervenção precoce centrada na família: uma perspectiva ecológica de atendimento. In: CORREIA, L. M.; SERRANO, A. M. (Orgs.). *Envolvimento parental em intervenção precoce: das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. 2 ed. Porto: Porto Editora, 2002. p. 11-32.

SIMEONSSON, R.; BAILEY, D. Family Dimensions in early intervention. In: MEISELS, S. J.; SHONKOFF, J. P. (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. 1. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. p. 428-444.

SQUIRES, J.; POTTER, L.; BRICKER, D. *The ASQ User's Guide for the Ages & Stages Questionnaires: a parent-completed, child-monitoring system*. 2 ed. Baltimore: Paul Brooks Publishing, 1999.

STAYTON, V.; KARNES, M. B. Model programs for infants and toddlers with disabilities and their families. In: JOHNSON, L. J.; GALLAGHER, R. J.; LAMONTAGNE, M. J., JORDAN, J. B.; JUNE, B.; GALLAGHER, J.; HUTINGER, P. L.; KARNES, M. B. (Eds.). *Meeting early intervention challenges*. Baltimore: Paul H. Brooks, 1994. p.33-58.

WILCOX, M. J. Preâmbulo. In: MCWILLIAM, P. J.; WINTON, P. J.; CRAIS, E. R. (Eds.). *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família*. Porto: Porto Editora, 2003. p. 6.

WINTON, P. J. Family-professional partnership and integrated services. In: MCWILLIAM, R. A. (Ed.). *Rethinking pull-out services in early intervention: a professional resource*. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing, 1996, p. 27-48.

WOLERY, M. Recommended practices in child-focused interventions. In: SANDALL, S.; MCLEAN, M. E.; SMITH, B. J. (Eds.). *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education*. Longmont, CO: Sopris West, 2000. p. 29-37.

Recebido em: 18/01/2010

Reformulado em: 19/05/2010

Aprovado em: 19/06/2010