

Habib, ES; Magalhães, LC

CRIAÇÃO DE QUESTIONÁRIO PARA DETECCÃO DE COMPORTAMENTOS ATÍPICOS EM BEBÉS

Revista Brasileira de Fisioterapia, vol. 11, núm. 3, mayo-junio, 2007, pp. 177-183

Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Fisioterapia

São Carlos, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235016479002>

CRIAÇÃO DE QUESTIONÁRIO PARA DETECÇÃO DE COMPORTAMENTOS ATÍPICOS EM BEBÊS

HABIB ES¹ E MAGALHÃES LC²

¹ Centro Universitário de Belo Horizonte; Faculdade de Ciência Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG - Brasil

² Departamento de Terapia Ocupacional, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, MG - Brasil

Correspondência para: Emily Sobreira Habib, Rua Fernandes Tourinho 700/802, CEP 30112-000, Belo Horizonte, MG – Brasil, e-mail: milysh@hotmail.com

Recebido: 28/11/2005 - Revisado: 22/12/2006 - Aceito: 09/02/2007

RESUMO

Introdução: Os transtornos regulatórios (TR) se manifestam por alterações sensoriomotoras, de sono, alimentação e adaptação nos primeiros três anos de vida, que parecem sinalizar problemas futuros no desenvolvimento da criança. Há evidências de que os TR estão relacionados a problemas de atenção, aprendizagem e comportamento observados na idade escolar, sendo importante investir em recursos que viabilizem a sua detecção precoce. O objetivo deste estudo é descrever o processo de criação de um questionário para detecção de comportamentos atípicos, sugestivos de TR, em bebês de 6 a 12 meses. **Métodos:** O instrumento foi desenvolvido em duas etapas, (a) de planejamento e construção do teste e (b) de exame da validade de conteúdo por meio de painel de *experts*, com pesquisadores e profissionais de reconhecida experiência na área. **Resultados:** Os dados indicam que o tema é relevante e que os itens do questionário, de acordo com a pontuação do painel, são fáceis de serem observados (96,8%); estão redigidos com clareza (94,5%); avaliam aspectos importantes do comportamento (89,6%) e têm potencial para discriminar comportamentos atípicos em bebês de 6 a 12 meses (85,4%). **Conclusão:** A partir desse estudo os itens foram revisados, resultando em um questionário com 50 itens que será aplicado experimentalmente em trabalhos futuros. Espera-se que o questionário venha a ser útil na detecção precoce de problemas que afetam grande número de crianças.

Palavras-chave: desenvolvimento infantil; comportamento infantil; transtornos regulatórios; validade de conteúdo.

ABSTRACT

Development of a questionnaire to detect atypical behavior in infants

Introduction: Regulatory disorders (RDs) are manifested by sensorimotor, sleep, feeding and adaptation abnormalities in the first three years of life, which seem to indicate future child development problems. There is evidence that RDs are related to attention, learning and behavioral problems that are observed at school age. Therefore, it is important to invest in resources that enable their early detection. The objective of this study was to describe the process of creating a questionnaire to detect atypical behavior suggestive of RDs, among 6 to 12-month-old infants. **Method:** The instrument was developed in two stages: (a) planning and constructing the test and (b) content validity examination through an expert panel consisting of researchers and professionals with recognized experience in the field. **Results:** The data indicated that the topic is relevant and that, according to the scores from the panel, the items in the questionnaire are easily observed (96.8%), clearly written (94.5%), assess important aspects of behavior (89.6%) and can potentially detect atypical behavior in 6 to 12-month-old infants (85.4%). **Conclusion:** Based on this study, the items were reviewed, resulting in a questionnaire with 50 items that will be applied experimentally in future work. It is expected that the questionnaire will be useful for early detection of problems that affect a great number of children.

Key words: child development; child behavior; regulatory disorders; content validity.

INTRODUÇÃO

Os bebês não são, fisiológica e psicologicamente, iguais ao nascer^{1,2,3}. Existem diferenças individuais e algumas crianças apresentam desde cedo discretos sinais de alteração no comportamento. Alguns bebês são muito sensíveis a estímulos sensoriais, tornando-se irritáveis mesmo a pequenas mudanças no ambiente. Outros reagem pouco a estímulos, precisando de suporte para responder à interação social. Esses sinais vêm sendo estudados há algum tempo e parecem ser indicadores de futuros problemas de comportamento^{4,5}. Tais sinais, quando persistem após os 6 meses de idade, são denominados “Transtornos Regulatórios” (TR) e são definidos na Classificação Diagnóstica ZERO-A-TRÊS⁶⁻⁸ (p.33) como “dificuldade do bebê e da criança jovem em regular o comportamento e os processos fisiológicos, sensoriais, de atenção, motores ou afetivos e em organizar um estado calmo, alerta ou afetivamente positivo”. Os TR se manifestam por problemas de sono, de aceitação dos alimentos, de autoconsolo ou por dificuldade de o bebê lidar com situações novas. Pode-se observar, ainda, desenvolvimento motor atípico, alterações do tônus muscular, hipo ou hiper-responsividade aos estímulos sensoriais e exacerbação da angústia de separação dos pais^{4,5}. Tais bebês são aqueles considerados “difíceis” ou irritadiços, têm pouca capacidade de adaptação ou podem apresentar hipo ou hiperatividade motora^{3,4,7}.

Ao longo dos anos, vários autores identificaram sinais dos TR em bebês. Apesar de adotarem diferentes perspectivas teóricas, tais dificuldades foram descritas por Carey, Bates¹, Brazelton⁹, Als, Porges³ e Greenspan e DeGangi¹⁰. No entanto, somente a partir da publicação da Classificação Diagnóstica ZERO-A-TRÊS⁶ foi criada terminologia e critérios para uso do termo com bebês e crianças até três anos de idade. As alterações do comportamento observadas nos TR têm impacto significativo na qualidade de vida das crianças e de suas famílias, acarretando limitação na participação em casa, na escola e nas atividades sociais^{2,7}. Na vida diária, esses problemas se manifestam de diversas formas: desde problemas discretos, como não poder deixar a criança com outras pessoas, até transtornos mais graves, como não ser possível a introdução de novas consistências e sabores de alimentos, ou a impossibilidade de o bebê sair de casa para usufruir uma vida social saudável. Na idade pré-escolar, tornam-se evidentes problemas no equilíbrio, na coordenação motora grossa e fina e no planejamento motor, além de atraso na aquisição da linguagem, hipersensibilidade tátil ou dispersão acentuada^{5,8}. Na escola, aparecem os problemas na escrita, leitura, *déficit* de atenção ou dificuldades emocionais e na interação com os colegas^{1,4}.

A importância de se detectar precocemente alterações do desenvolvimento infantil tem sido largamente estudada e enfatizada pelos profissionais da saúde e educação^{4,5,11}. Além disso, o aumento da sobrevivência de bebês de alto risco biológico, graças à evolução tecnológica nos cuidados pré-

e perinatais, acarretou aumento do número de crianças com distúrbios do desenvolvimento^{5,11}. Apesar de serem encontrados TR em bebês sem história de risco biológico, sua incidência é grande em bebês de baixo peso ao nascimento, prematuros extremos ou moderados e em crianças com diagnósticos definitivos, como paralisia cerebral, síndromes de Down e do X frágil^{7,12}. Crianças com deficiências moderadas ou leves são de difícil diagnóstico precoce, mas são as que mais provavelmente se beneficiam de programas de intervenção precoce e cujo prognóstico pode ser mais drasticamente influenciado^{4,5,11}.

Nos últimos anos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais têm se interessado cada vez mais pela criação de testes que possibilitem a triagem dos problemas de desenvolvimento. Com freqüência cada vez maior, tais profissionais têm que lidar com o dilema de determinar quais crianças são de risco para futuros problemas de aprendizagem e de comportamento. No passado, alterações específicas do desenvolvimento eram examinadas separadamente, mas a tendência atual é para uma abordagem mais abrangente, que considera que os problemas de auto-regulação, como no caso dos TR, são a base das aquisições motoras, cognitivas e afetivas infantis¹². Apesar de testes padronizados de habilidade motora já serem bastante usados no Brasil¹³, questões relacionadas à área de comportamento, embora freqüentemente observadas na clínica, ainda são pouco examinadas, por não serem identificadas pelos testes motores tradicionais.

Compreender o desenvolvimento do processamento sensorial dos bebês e como ele se manifesta e ter acesso a instrumentos para avaliá-lo, torna-se então fundamental para a melhoria da qualidade da atenção à saúde infantil. Revisando a literatura na área, foram encontrados vários instrumentos que poderiam ser utilizados para identificar os TR em crianças: o Perfil Sensorial para Infância¹⁴, o Infant / Toddler Symptom Checklist¹⁵, o Test of Sensory Functions in Infants¹⁰, o Infant Characteristics Questionnaire¹, o Infant Temperament Questionnaire², o Neonatal Behavioral Assessment Scale – NBAS⁹ e o Alarme de Estresse do Bebê – ADBB¹⁶. Todos esses testes são usados em outros países para facilitar intervenções e abordagens preventivas em crianças com idade pré-escolar, porém cada um deles tem uma ou mais limitações que dificultam sua aplicação clínica para nós.

Os testes observacionais, como o NBAS⁹, exigem grande treinamento para aplicação, o que, em nosso meio, torna o processo dispendioso. Os questionários são de mais fácil implementação, mas alguns são muito longos^{2,14}, o que restringe as possibilidades de aplicação, principalmente porque grande parte da população brasileira tem dificuldade para ler e interpretar questionários mais complexos. Alguns questionários têm questões pouco relevantes para nossa cultura e a maioria dos testes citados passou apenas pelas fases iniciais de validação, com valores de confiabilidade e validade questionáveis. O ADBB, a única referência brasileira, teve o processo de validação iniciado¹⁶, mas o instrumento tem

enfoque emocional centrado na consulta pediátrica, diferente da proposta deste estudo.

Uma vez que os questionários existentes não foram considerados como adequados à nossa realidade e com o objetivo de possibilitar a detecção dos TR, optou-se pela criação de um teste específico no formato de questionário para pais, que seja de fácil manejo para os profissionais de saúde, comprehensível e de aplicação rápida. O presente estudo tem como objetivo (a) descrever as etapas de criação do “Sinais Comportamentais do Bebê – SICOBE” para a detecção de TR em bebês de 6 a 12 meses de idade e (b) examinar sua validade de conteúdo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para este estudo, seguiram-se as recomendações de Benson e Clark¹⁷, que sugerem um roteiro de quatro etapas para guiar o processo de construção e validação de instrumentos de avaliação, que são: *planejamento* (definição do objetivo, tipo de população alvo, tipo de itens e formato de teste); *construção* (descrição dos objetivos específicos e o delineamento do conteúdo, com desenvolvimento dos itens a partir de revisão de testes já existentes e avaliação da validade de conteúdo por um painel de *experts*); *avaliação quantitativa* (aplicação da versão piloto em um grupo experimental apropriado e o exame de confiabilidade e validade dos itens); *validação* (aplicação do teste em um número significativo de indivíduos, para derivação de normas, exame da validade concorrente, de critério e de construto).

Neste artigo, serão abordadas apenas as etapas 1 e 2 de criação do SICOBE que, para melhor compreensão, serão descritas separadamente. A primeira etapa, de desenvolvimento do instrumento, foi eminentemente teórica. Na segunda, de validação de conteúdo, os itens foram submetidos a um painel de *experts*, que examinou a qualidade dos itens. Deve-se esclarecer que o objetivo foi de criar um questionário para triagem de bebês com comportamentos atípicos persistentes que seja útil para sinalizar a necessidade de acompanhamento ou de avaliação diagnóstica.

Quando se cria um questionário, é essencial verificar sua validade de conteúdo. A validade de conteúdo consiste no exame sistemático do conteúdo do teste para assegurar que os itens de fato representam o construto em estudo, e se todos os aspectos fundamentais da área ou comportamento a ser avaliado estão adequadamente representados pelos itens do teste^{18,19}. Geralmente a validade de conteúdo é examinada de maneira subjetiva, qualitativamente, por meio de painel de juízes constituído por pesquisadores ou profissionais com reconhecido conhecimento na área. O resultado do painel de *experts* ajuda a definir os itens que serão mantidos, revisados ou eliminados.

1^a etapa: Desenvolvimento do instrumento - Fase I: Planejamento

Nesta fase, foram definidos o objetivo e a população alvo, os tipos de itens e o formato do teste. Inicialmente foi feita revisão de literatura para examinar a relevância do tema e localizar os instrumentos de avaliação usados na área. Verificou-se que era um tema tão popular que existem *sites* de entidades sérias, como a Erickson Foundation, discutindo temas como o choro excessivo e a irritabilidade em bebês, com orientações aos pais e propostas de projetos de pesquisa²⁰.

Optou-se pelo formato de questionário para pais, pois, em geral, eles são os primeiros a detectar as alterações de comportamento de seus filhos e, em condições usuais, suas informações são bastante confiáveis^{1,10,21}.

Apesar de ser importante detectar sinais comportamentais no recém-nascido, foi considerado mais adequado iniciar o processo de desenvolvimento do instrumento voltado para as idades de 6 a 12 meses. No desenvolvimento normal, a fase de 0 a 6 meses é de muita variabilidade, pois é necessário grande adaptação fisiológica e sensoriomotora para o bebê negociar a homeostase^{1,4}. A partir desse período, o comportamento é mais estável, o que permite observações mais confiáveis.

Fase II: Construção do questionário

Por meio de pesquisa bibliográfica, foram identificados os instrumentos que avaliavam construtos similares ao tema em estudo^{1,2,8,9,13,14,15}. O protocolo de aplicação de cada teste foi obtido da biblioteca ou dos próprios autores, sendo feito, então, levantamento dos itens que poderiam ser úteis para elaboração do SICOBE. Criou-se, assim, um banco com 125 itens que incluíam, também, novos itens formulados a partir da experiência clínica das autoras do presente estudo. Após uma primeira triagem, que eliminou itens com conteúdo similar, restaram 92 itens. A seguir, os itens foram agrupados em domínios (tátil, motor, auditivo, vestibular, afetivo/comportamental) para se verificar a prevalência ou ausência de áreas, verificando o equilíbrio entre os diferentes domínios e avaliação de hipo ou hiper-reatividade do bebê. Nesta segunda seleção de itens, o teste ficou com 59 itens.

Em seguida, passou-se à revisão cuidadosa da redação dos itens para melhorar a clareza dos enunciados, evitar ambigüidades e garantir que não sugerissem ou induzissem as respostas. Como critério de pontuação das respostas, foi adotada uma escala de 4 pontos para registro da freqüência do aparecimento do comportamento: 1= raramente; 2= de vez em quando; 3= com freqüência e 4= a maior parte do tempo. Optou-se pela escala em 4 pontos, com resposta polarizada em dois extremos (i.e., raro e constantemente), sem opções excessivas que gerassem confusão, considerando a pouca familiaridade da população brasileira com uso de testes. Criado o instrumento, passou-se à etapa seguinte, de exame da validade de conteúdo.

2^a etapa: Exame da validade de conteúdo do SICOBE

Participantes

Foram convidados 20 profissionais com reconhecida experiência no tratamento e detecção dos distúrbios de desenvolvimento e/ou conhecimentos de pesquisa científica nessa área e com alguma experiência na aplicação e interpretação de testes e questionários padronizados. O número de participantes foi calculado tendo como base as publicações de trabalhos semelhantes de construção de instrumentos^{10,11,17,19,21}. Os critérios de inclusão dos componentes do painel foram que os participantes fossem clínicos ou pesquisadores, de representação multidisciplinar e provenientes de diferentes centros de trabalho e/ou pesquisa.

Instrumentação

Foram utilizados os 59 itens do SICOBE e desenvolvido um formulário com os seguintes critérios para avaliação da qualidade de cada item¹²: *clareza* (se o item estava bem redigido, se ficara claro para os pais o que estava sendo perguntado); *importância* (se o item era relevante e se refletia aspecto importante para avaliar o comportamento em bebês); *discriminação* (se o item tinha potencial para discriminar bebês com e sem TR); *facilidade de observação* (se o item representava comportamentos freqüentes, de fácil observação pelos pais).

Os participantes pontuaram cada item do SICOBE em cada um dos critérios. Foi usada uma escala de 4 pontos que indicava o grau de concordância com a qualidade do item: 4= concordo totalmente, 3= concordo moderadamente, 2= discordo moderadamente e 1= discordo totalmente. Os participantes foram solicitados a fazer comentários sobre o questionário, sua utilidade clínica e a dar sugestões para sua revisão.

Procedimentos

De acordo com o critério de inclusão estabelecido, vários profissionais foram contatados e convidados a participarem do estudo. Foram selecionados 20 juízes, para os quais foram enviados o formulário de avaliação dos itens e um pacote de instruções com informações sobre os objetivos da pesquisa, termo de concordância de participação no estudo e a definição de TR, esclarecendo como eles se manifestam nos bebês. As instruções enfatizavam que era fundamental que os juízes opinassem de maneira franca sobre todos os itens. O projeto de pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Etic - 400/04).

Análise dos dados

Os dados foram analisados de acordo com procedimentos descritos na literatura^{17,18,19,21}. A pontuação de cada item foi tabulada, sendo então feita contagem simples

do número de repostas para cada critério de avaliação e calculado o percentual de juízes que concordavam quanto às qualidades positivas ou negativas de cada item. Escores 1 e 2 foram considerados como negativos ou indicativos de pobre qualidade do item, e escores 3 e 4 foram considerados positivos ou indicativos de boa qualidade. Os percentuais de pontuação 3 e 4 para cada critério foram somados para cálculo da média final do item^{17,19}. Itens que obtiveram menos que 80% de pontuação positiva em dois ou mais dos quatro critérios de avaliação foram descartados do teste; itens que obtiveram menos que 80% de pontuação positiva em um dos quatro critérios de avaliação foram revisados. Comentários e sugestões dos juízes sobre a redação dos itens existentes e recomendações para inclusão de novos itens foram catalogados e considerados durante o processo de revisão final do SICOBE.

RESULTADOS

Dos 20 formulários de pontuação do SICOBE enviados, 10 profissionais retornaram as avaliações, constituindo a totalidade dos participantes do painel. Como indicado na Tabela 1, o painel foi interdisciplinar, com representação tanto de pesquisadores como de clínicos, provenientes de diferentes centros de trabalho e pesquisa.

Tabela 1. Participantes do Painel de Experts.

Juiz	Formação profissional	Titulação	Local de trabalho
1	Fisioterapeuta	Especialista	Clínica particular
2	Fonoaudióloga	Especialista	Clínica particular
3	Médico neuropediatra	Doutor	Universidade pública
4	Médico pediatra	Mestre	Instituição pública
5	Médica pediatra	Especialista	Clínica particular
6	Médico psiquiatra infantil	Doutor	Universidade pública
7	Terapeuta Ocupacional	Mestre	Instituição pública
8	Terapeuta Ocupacional	Mestre	Universidade pública
9	Terapeuta Ocupacional	Especialista	Instituição pública
10	Terapeuta Ocupacional	Especialista	Clínica particular

Os percentuais médios de concordância entre os juízes sobre a qualidade do conjunto de itens do SICOBE indicaram boa qualidade dos itens (escores 3 e 4), sendo os mesmos fáceis de serem observados (96,8%); redigidos com clareza (94,5%); avaliam aspectos importantes do comportamento (89,6%) e têm potencial para discriminar comportamentos atípicos em bebês de 6 a 12 meses (85,4%).

Observa-se que o conjunto de itens obteve avaliação positiva, pois, na sua maioria, receberam pontuação 3 ou 4,

Tabela 2. Itens modificados do SICOBE.

Item inicial	Fusão	Eliminação	Revisão	Redação final
Fica irritado ou inquieto muitas vezes ao dia.	x			Fica irritado ou inquieto por muitas vezes ao dia ou por longos períodos.
Fica irritado por longos períodos.	x			
É muito nervoso.	x			É muito nervoso/irritado; chora muito mais do que os outros bebês.
Chora mais vezes sem motivo do que com motivo.	x			
Fica aflito quando pisa ou se arrasta sobre certas texturas.	x			Evita ou fica aflito ao tocar brinquedos, materiais ou alimentos com texturas diferentes (grama, areia, bichos de pelúcia, papinha).
Evita tocar brinquedos ou alimentos com texturas diferentes.	x			
Não aceita mudança no bico da mamadeira ou chupeta.	x			
Só brinca com objetos que fazem barulho.	x			
Come bem.	x			
Sente-se incomodado de ficar de barriga para cima.	x			
Regurgita/vomita com freqüência.	x			
Gosta de trocar de roupa.	x			
Parece ter medo de cair.	x			x Demonstra medo excessivo de cair mesmo quando não há perigo.
Assusta-se fortemente com qualquer barulho.	x			x Assusta-se fortemente com barulho inesperado.

indicando concordância quanto à clareza, relevância, discriminação e facilidade de observação. Os comentários finais dos juízes indicaram unanimidade na concordância sobre a importância do SICOBE e a necessidade de contarmos com um instrumento para a detecção precoce de comportamentos suspeitos em bebês.

Com base na avaliação do painel de *experts* e nos comentários feitos pelos juízes, alguns itens foram eliminados, fundidos ou revisados (Tabela 2). Foi feita ordenação dos itens de acordo com os diferentes domínios e foram incluídos 2 itens relacionados ao domínio comportamento – o item 49 “é um bebê agradável, todos gostam de ficar com ele” e o item 50 “evito deixá-lo com outras pessoas devido ao seu comportamento difícil”.

Feitas as modificações, o teste foi submetido a um revisor de português, o que resultou na Versão Piloto 1 do SICOBE, um questionário composto por 50 itens, com resposta em 4 pontos, como previsto na versão original. Cópia do questionário, em fase experimental, pode ser obtida com a primeira autora.

DISCUSSÃO

O processo de desenvolvimento de testes é longo e meticuloso. Várias etapas devem ser cumpridas para que, ao final do trabalho, possamos contar com um instrumento clinicamente útil, que possa ser usado com confiança pela

comunidade profissional. Este estudo descreve aspectos do rigor necessário para a criação de um questionário, em conformidade com a literatura da área^{10,17,19}. Ampla revisão da literatura foi combinada com entrevistas informais e julgamento de juízes para refinar o SICOBE e melhorar seu potencial para uso clínico. O resultado do painel de *experts* confirmou as expectativas, pois foi favorável às qualidades do instrumento e deu elementos para revisão e aperfeiçoamento dos itens.

Partindo, inicialmente, de 125 itens, o SICOBE passou por etapas sucessivas, resultando em 50 itens, cuja validade de conteúdo foi confirmada por profissionais e pesquisadores que atuam na área de desenvolvimento infantil. A participação dos juízes foi importante para a redução do número de itens, e seus comentários e avaliação crítica do conteúdo contribuíram para contarmos com um instrumento mais forte e em melhor sintonia com a demanda de profissionais que atuam na área.

Considerando as pontuações para qualidade do conjunto de itens, os critérios “facilidade de observação” e “clareza” foram os que obtiveram melhor pontuação. Observa-se que 96,8% dos escores para o item “facilidade de observação” e 94,5% dos escores para o item “clareza” foram 3 ou 4. As altas pontuações nesses critérios apontam para um teste prático, eminentemente clínico, conforme a proposta inicial do instrumento. O critério “discriminação”, no entanto, obteve menor percentual (85,4%) de escores 3 e 4, o que sinaliza dúvidas quanto ao potencial do conjunto de itens para

discriminar crianças com e sem TR. Essas dúvidas possivelmente estão relacionadas ao fato de que o conceito de TR ainda é novo entre nós, sendo que muitos profissionais se familiarizaram com a Classificação Diagnóstica ZERO-A-TRÊS⁶ quando participaram do estudo.

Embora no cômputo global o questionário tenha sido bem avaliado, alguns itens receberam pontuações baixas em um ou mais dos critérios de avaliação e, como indicado na Tabela 2, foram retirados do questionário ou combinados com outros itens. Isso permitiu uma pequena redução no número de itens do SICOBE. Do conjunto de itens, seis receberam menos de 80% de escores 3 e 4 em dois ou mais critérios. Esses itens foram descartados pelo fato de as pontuações do painel indicarem que não eram relevantes e que tinham pouco potencial para discriminar comportamentos atípicos. A pontuação negativa em 1 critério, associada aos comentários e críticas dos juízes, sinalizou os itens que poderiam ser combinados ou revisados, contribuindo, assim, para a revisão global do instrumento. Embora tenham sido feitas críticas e sugestões, todos os juízes fizeram comentários sobre a pertinência e necessidade de um instrumento como o SICOBE. Essa informação dá suporte à continuidade do processo de criação do questionário, que deve incluir estudos de confiabilidade, validade e derivação de normas.

Apesar da grande contribuição para o refinamento do questionário, este estudo tem algumas limitações. A literatura brasileira sobre construção de testes na área de fisioterapia e terapia ocupacional é escassa e o número de instrumentos padronizados para avaliar comportamento de bebês ainda é pequeno. Em face dessa situação, as autoras do SICOBE tiveram que contar com sua experiência clínica para a construção e seleção dos itens para compor o questionário.

Outra limitação deste estudo foi que apenas 50% dos profissionais que manifestaram interesse verbal em participar do estudo concluíram o trabalho de análise dos itens, o que diminuiu as possibilidades de uma avaliação mais ampla do SICOBE. Profissionais brasileiros têm pouca experiência em participar de estudos de construção de testes, o que pode ter inibido a participação. Além disso, atualmente os profissionais da área de saúde têm carga excessiva de trabalho, resultando em pouca disponibilidade de tempo para análise minuciosa de itens, como requerido no presente estudo. Acreditamos que o método ideal da realização desse painel pudesse ter sido uma reunião com todos os participantes, no formato de grupo focal. Essa prática, no entanto, também seria difícil, pois, para evitar vieses e perspectivas unilaterais, o painel contou com profissionais de diferentes locais de trabalho e estados.

Embora em número limitado, o painel foi considerado válido, pois contou com profissionais de diferentes áreas, tanto clínicos quanto pesquisadores. Nas publicações na área, observa-se variabilidade na constituição dos painéis, havendo

testes publicados com apreciação de oito juízes¹⁰ e estudos que incluem até 20 participantes¹¹. Conclui-se, portanto, que a constituição do painel, no presente estudo, está de acordo com a literatura, o que confirma a validade do trabalho aqui apresentado.

Apesar das limitações, ressalta-se que este é um estudo pioneiro nas áreas de fisioterapia e terapia ocupacional em nosso país, sendo importante continuar a estimular os profissionais a contribuírem para a criação de instrumentos focados na nossa realidade. Os dados obtidos no painel foram relevantes e a contribuição de profissionais de diferentes áreas enriqueceu o instrumento. Os TR e suas consequências ainda são pouco discutidos em nosso meio, mas sua identificação precoce é necessária devido ao caráter insidioso dos problemas que podem acarretar⁵. Para que isso ocorra de maneira efetiva, necessita-se de instrumentos práticos e fáceis de serem aplicados^{21,22}. O SICOBE está sendo criado para preencher essa lacuna e espera-se que, com esse processo de consulta a profissionais atuantes na área de desenvolvimento infantil, o questionário tenha se tornado mais útil clinicamente.

CONCLUSÃO

Com a demanda por prática baseada em evidências, torna-se cada vez mais imperioso contar com instrumentos apropriados de avaliação, voltados para a nossa população. A criação de testes e escalas para uso clínico exige trabalho, não só do pesquisador, mas também dos profissionais da área de saúde, que futuramente irão usar o instrumento. Espera-se que este estudo contribua para ilustrar o processo de criação de um questionário para uso clínico e que o SICOBE venha a ser um instrumento útil para triagem precoce de problemas de desenvolvimento, sinalizando quando é necessário um acompanhamento mais cuidadoso da criança. O próximo passo do processo de criação do SICOBE é a aplicação experimental do questionário piloto para verificação da confiabilidade e validade dos itens, o que será reportado em trabalhos futuros.

Apoio:CNPq.

Agradecimentos: Aos juízes, profissionais e pesquisadores que, com grande dedicação, colaboraram com o painel de experts.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bates J. Information on the infant characteristics questionnaire. Bloomington: Indiana University; 1980.
2. Gomez C, Baird S, Jung, L. Regulatory disorder identification, diagnosis and intervention planning. *Infants Young Child*. 2004;17(4):327-39.

3. Porges S, Doussard-Roosevelt J, Portales A, Greenspan S. Infant regulation of the vagal "brake" predicts child behavior problems: a psychobiological model of social behavior. *Dev Psychobiol.* 1996;29(8):697-712.
4. DeGangi G, Sickel R, Wiener A, Kaplan E. Fussy babies: do treat or not do treat? *British Journal of Occupational Therapy.* 1996;59(10):457-64.
5. Wiener A, Long T, DeGangi G, Battaille B. Sensory processing of infants born prematurely or with regulatory disorders. *Phys Occup Ther Pediatr.* 1996;16(4):1-17.
6. ZERO-A-TRÊS: Classificação diagnóstica de saúde mental e transtornos do desenvolvimento do bebê e da criança pequena. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
7. Schaaf R, Miller L, Seawell D, O'Keefe S. Children with disturbances in sensory processing: a pilot study examining the role of the parasympathetic nervous system. *Am J Occup Ther.* 2003;57(4):442-9.
8. Cordeiro M, Silva P, Goldschmidt T. Diagnostic classification: results from a clinical experience of 3 years with DC: 0-3. *Infant Ment Health J.* 2003;24:349-64.
9. Brazelton T. Neonatal behavioral assessment scale. 2^a ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1995.
10. DeGangi G, Greenspan S. Test of sensory functions in infants (TSFI). Los Angeles: Western Psychological Services; 1989.
11. Harris S, Daniels L. Content validity of the Harris Infant Neuromotor Test. *Phys Ther.* 1996;76(7):727-37.
12. Davis D, Burnis B. Problems of self-regulation: a new way to view deficits in children born prematurely. *Issues Ment Health Nurs.* 2001;22:305-23.
13. Chagas P, Mancini M. Testes padronizados utilizados na avaliação da criança portadora de paralisia cerebral. In: Lima C, Fonseca LF. Paralisia cerebral. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2004. p. 335-54.
14. Dunn W. Infant/toddler sensory profile. San Antonio: Psychological Corporation; 2002.
15. DeGangi G, Poisson S, Sickel R, Wiener A. Infant/toddler symptom checklist. Tucson: Therapy Skill Builders; 1995.
16. Lopes S. Alarme de estresse do bebê (ADBB): avaliação de um instrumento para detecção de sinais precoces de problemas emocionais na criança pequena [dissertação]. Belo Horizonte (MG); 2003.
17. Benson J, Clark F. A guide to instrument development and validation. *Am J Occup Ther.* 1982;36(12):789-800.
18. Guenia B, Cavas C. Sob medida. São Paulo: Votor Editora; 2002.
19. Thorn D, Deitz J. Examining content validity through the use of content experts. *The Occupational Therapy Journal of Research.* 1989;9(6):334-45.
20. Erickson Foundation. The Fussy Baby. Disponível em: <<http://www.erickson-foundation.org>>. Acesso em 17 jun 2003.
21. Campbell SK, Kolobe TH, Osten E, Lenke M, Girolami G. Construct validity of the Test of Infant Motor Performance. *Phys Ther.* 1995;75(7):585-95.
22. Magalhães L, Nascimento V, Resende M. Avaliação da coordenação e da destreza motora - ACOORDEM: etapas de criação e perspectivas de validação. *Rev Ter Ocup.* 2003;14(3): 104-9.