

Maria Inês da Silva Dinis

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários



Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2016



Maria Inês da Silva Dinis

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2016

Maria Inês da Silva Dinis

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a  
obtenção do grau de Mestre em Terapêutica da Fala pela Faculdade de Ciências da

Saúde

Universidade Fernando Pessoa, Portugal

## Resumo

Os problemas de comunicação e linguagem (PCL) podem limitar a atividade e participação de um indivíduo ao longo da sua vida. Todavia, a intervenção precoce tem-se provado bastante eficaz nestes casos. Os médicos de família (MF) encontram-se numa posição privilegiada para deteção e referenciação destes problemas em idades precoces. Porém, há evidências de que a sua participação neste processo tem sido reduzida, nomeadamente no que respeita à referenciação para serviços de Intervenção Precoce. Assim, esta investigação pretende compreender qual o papel que os MF consideram ter relativamente a este processo e quais os fatores que podem influenciar a referenciação de crianças com suspeita de PCL.

Este estudo teve como base um desenho de investigação descritivo, transversal e observacional. Recorreu-se a um método de amostragem por redes para a distribuição de um questionário On-line. O instrumento foi construído pela autora e é de carácter maioritariamente quantitativo, embora integre uma questão qualitativa de resposta semiaberta. Dos questionários enviados foram devolvidos 55. A resposta semiaberta foi preenchida por 16 dos 55 MF.

Os resultados demonstram que a maioria dos MF valoriza bastante ou muito a sua participação na deteção de PCL e considera importante detetar precocemente estes problemas. Para além disso, valorizam bastante ou muito a colaboração em equipa e do terapeuta da fala. A grande parte sente-se influenciada pela preocupação dos pais, pela satisfação com os serviços e com os resultados da Escala de Avaliação de Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada para a referenciação de crianças com PCL. Para além disso, identificam barreiras relacionadas com recursos humanos, serviços, conhecimentos relacionados com o processo de referenciação, burocracia, lentidão do processo e com a atitude dos pais.

Considera-se que este estudo pode constituir um ponto de partida para futuras investigações, para a adequação de estratégias institucionais e implementação de práticas que aproximem profissionais e serviços, de forma a melhorar o processo de referenciação de crianças com PCL a partir dos cuidados de saúde primários.

Palavras-Chave: problemas de comunicação e linguagem; processo de referenciação; cuidados de saúde primários; médico de família; intervenção precoce; terapia da fala

## Abstract

Language and communication problems often limit ones' abilities to function in society through life. These children and their families can benefit from early intervention. Family physicians (FP) are well placed to detect and refer children in these situation in a timely manner. However referrals from the primary health care seem to occur less frequently than expected, especially to early intervention services. Thus, the aim of this study is to understand the FP perspectives on their role in the referral process and what factors contribute to the referral decision.

This study is based in a descriptive, transversal and observational design. A non-probabilistic sampling method was selected. Information was collect via an online survey deigned by the author. This instrumental tool is mostly quantitative and includes a semi-open qualitative question. 55 FP responded to the survey and 16 responded to the semi-open question.

Main results indicate that most FP value their role in communication and language problems detection and referral. Team work and assessment by a speech and language therapist are also valued. Moreover they seem to think that early detection and referral of these problem is important. In general they are influenced by parents' preoccupation, services satisfaction and Mary Sheridan screening tool results. FP identified difficulties in the process related to human resources, services, knowledge about the referral process, paperwork, time involved and parents' attitude.

This study can be the starting point to other investigations. It also can contribute to the improvement of institutional strategies in order to bring professionals and services together and to upgrade the referral process for children with communication and language problems in primary health care.

Key-words: communication and language problems; referral process; primary health care; family physicians; early intervention; speech and language therapy

## Dedicatória

Aos meus pais, por me terem incentivado a iniciar esta jornada e pelo seu apoio incondicional em todas as situações.

Ao Rafa, por ter sido uma inspiração neste percurso e noutros tantos.

## Agradecimento

Gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos:

À Professora Doutora Fátima Maia pela ajuda imprescindível, pela sua assertividade como orientadora e pelo seu espírito motivador, que foi fundamental para a concretização deste trabalho.

Ao Rafael Sousa, por me ter ajudado a perspetivar este trabalho e me ter acompanhado ao longo da sua elaboração.

À minha família, por me ter apoiado em todos os momentos, mesmo quando as exigências eram maiores.

Às professoras que colaboraram no Mestrado, por me terem ajudado a encontrar um rumo para a concretização deste trabalho, das quais destaco a Professora Vânia Peixoto, a Professora Doutora Inês Gomes, a Professora Doutora Joana Rocha e a Professora Doutora Rute Meneses.

Às Professoras Doutoradas Rute Meneses e Laura Nunes pela ajuda na parte de método e na análise de dados.

Aos médicos que colaboraram no pré-teste e na distribuição dos questionários, Cláudio Martins, Catarina, Joana Abreu, Filipe Estrela e Diogo Branco.

A todos os médicos que participaram no estudo.

Aos profissionais da USF Infante D. Henrique, por me terem permitido ter uma perspetiva real do funcionamento das consultas de vigilância de saúde infantil.

Às minhas colegas de Mestrado, por todo o apoio e bons momentos ao longo deste ciclo de ensino.

Aos meus amigos, por terem sempre uma palavra positiva e encorajadora, mesmo nos momentos mais difíceis, e por me terem ajudado a encontrar o equilíbrio necessário ao longo deste percurso.

Muito obrigada a todos!

## Índice

Resumo .....	v
Agradecimento.....	viii
Lista de Tabelas .....	xii
Lista de Gráficos.....	xiii
Lista de Esquemas .....	xiv
Lista de Abreviaturas.....	xv
INTRODUÇÃO.....	17
CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA.....	21
1. Problemas de Comunicação e Linguagem na criança .....	21
1.1. Aquisição e desenvolvimento da linguagem.....	21
i. Comunicação, linguagem e fala .....	21
ii. Desenvolvimento e linguagem.....	23
iii. O carácter precoce do desenvolvimento linguístico.....	24
iv. Interinfluência das áreas do desenvolvimento na linguagem.....	27
v. O ambiente no desenvolvimento da linguagem .....	28
1.2. Problemas na aquisição e desenvolvimento da linguagem .....	30
i. Perturbação de Comunicação e Linguagem .....	30
ii. Tipos, causas e fatores de risco e protetores .....	31
iii. Diagnóstico e classificação .....	34
1.3. Importância da deteção precoce .....	35
i. Prevalência .....	36
ii. Impacto psicossocial e familiar .....	37
iii. Eficácia da intervenção precoce.....	40
2. Deteção de Problemas de Comunicação e Linguagem nos Cuidados de Saúde Primários.....	43
2.1. Importância.....	43
2.2. Procedimentos .....	44
i. Programas de rastreio .....	45
ii. Avaliação formal .....	46
iii. Avaliação informal.....	47
2.3. Em Portugal.....	48
i. Rede de Cuidados de Saúde Primários.....	49
ii. Política de vigilância de saúde infantil.....	49

3. Referenciação de Problemas de Comunicação e Linguagem pelo Médico de Família .....	52
3.1. A referenciação .....	52
i. SNIPI.....	54
3.2. O Médico de Família e a tomada de decisão.....	57
i. Perspetiva quanto ao seu papel.....	57
ii. Trabalho de equipa e articulação entre serviços.....	58
iii. Fatores que influenciam a tomada de decisão .....	59
iv. Comportamentos e atitudes perante a suspeita.....	60
v. Informar os pais.....	61
vi. Barreiras identificadas pelos Médicos de Família.....	62
CAPÍTULO II – MÉTODO.....	65
1. Objetivos do Estudo e Questões de Investigação .....	65
2. Desenho de Investigação .....	66
3. Instrumentos de Recolha de dados .....	68
3.1. Pré-teste.....	71
3.2. Validade e Fiabilidade do Questionário .....	73
4. Participantes .....	74
4.1. Caracterização da amostra.....	74
5. Recolha dos Dados e Procedimentos.....	75
6. Métodos de Análise e Tratamento de Dados .....	76
6.1. Análise dos Dados Quantitativos .....	76
6.2. Análise dos Dados Qualitativos .....	77
CAPÍTULO III- RESULTADOS .....	79
1. Perfil dos Médicos de Família quanto à referenciação de crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem.....	79
1.1. Satisfação .....	83
i. Comparação entre grupos socioprofissionais.....	89
1.2. Frequência de comportamentos.....	91
i. Comparação entre grupos socioprofissionais.....	96
1.3. Importância atribuída aos profissionais e ao trabalho de equipa .....	98
i. Comparação entre grupos socioprofissionais.....	100
1.4. Importância atribuída a comportamentos e atitudes.....	101
i. Comparação entre grupos socioprofissionais.....	105
1.5. Interesse na área do desenvolvimento da comunicação e linguagem .....	106
i. Comparação entre grupos socioprofissionais.....	107

2.	Fatores que podem influenciar a tomada de decisão quanto à referenciação de crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem.....	107
2.1.	Influência da preocupação dos pais, dos resultados da Escala de <i>Mary Sheridan</i> e da satisfação com os serviços externos .....	108
i.	Comparação entre grupos socioprofissionais .....	109
2.2.	Barreiras inerentes ao processo de referenciação identificadas pelos Médicos de Família.....	111
CAPÍTULO IV- DISCUSSÃO.....		114
1.	Perfil do Médico de Família quanto à referenciação de crianças com Perturbações de Comunicação e Linguagem.....	114
1.1.	Perspetiva do Médico de Família quanto ao seu contributo.....	114
1.2.	Deteção e referenciação precoces .....	115
1.3.	Conhecimentos e satisfação relativos ao processo de referenciação.....	116
1.4.	Procedimentos para a deteção de Problemas de Comunicação e Linguagem.....	119
1.5.	Trabalho de equipa .....	122
1.6.	Relação com os serviços .....	123
1.7.	Informar e colaborar com os pais.....	124
2.	Fatores que podem influenciar a tomada de decisão quanto à referenciação de crianças com Perturbações de Comunicação e Linguagem .....	126
2.1.	Influência da preocupação dos pais, dos resultados da Escala de <i>Mary Sheridan</i> e da satisfação com os serviços externos .....	126
2.2.	Outros fatores que podem influenciar a tomada de decisão dos Médicos de Família.....	128
2.3.	Barreiras no processo de referenciação identificadas pelos Médicos de Família.....	129
CAPÍTULO V- CONCLUSÃO.....		132
1.	Perfil dos Médicos de Família quanto à referenciação de crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem.....	132
2.	Fatores que podem influenciar a referenciação de crianças com Problema de Comunicação e Linguagem .....	133
3.	Limitações .....	134
4.	Futuras direções.....	135
5.	Considerações finais .....	139
Bibliografia.....		140
Anexos.....		151

## Lista de Tabelas

Tabela 1-Características Socioprofissionais da Amostra (n=55) .....	74
Tabela 2- Estatística Descritiva relativa às questões do Questionário aos Médicos de Família (questões ordenadas por ordem decrescente da média).....	80
Tabela 3-Associação entre o sexo e a condição profissional e as variáveis de satisfação .....	90
Tabela 4-Associação entre o sexo e a satisfação com a capacidade de informar os pais sobre suspeita de PCL .....	90
Tabela 5-Associação entre a condição profissional e a satisfação com a capacidade para informar os pais sobre suspeita de PCL.....	91
Tabela 6-Associação entre o sexo e a condição profissional e as variáveis de frequência de comportamentos.....	96
Tabela 7-Associação entre o sexo e a frequência de encaminhamentos para o hospital referida pelos MF .....	97
Tabela 8-Associação entre a condição profissional e a frequência de utilização de outros testes para além da EAMS referida pelos MF .....	97
Tabela 9-Associação entre a condição profissional e a frequência de utilização do M-CHAT .....	98
Tabela 10-Associação entre o sexo e a frequência de utilização do M-CHAT.....	98
Tabela 11-Associação entre o sexo e a condição profissional e a importância atribuída ao contributo dos profissionais de saúde na deteção de PCL .....	100
Tabela 12-Associação entre o sexo e a importância atribuída à avaliação dos PCL pelo do TF .....	101
Tabela 13- Associação entre o sexo e a condição profissional e a importância atribuída a comportamentos e atitudes .....	105
Tabela 14-Associação entre a condição profissional e a importância atribuída ao encaminhamento até aos 36 meses .....	106
Tabela 15- Associação entre o sexo e a condição profissional e o interesse em desenvolver conhecimentos sobre comunicação e linguagem na criança .....	107
Tabela 16- Associação entre o sexo e a condição profissional e a influência de fatores para a referenciação .....	110
Tabela 17- Associação entre a condição profissional e a influência dos resultados da EAMS para a referenciação de crianças com suspeita de PCL .....	110
Tabela 18- Barreiras identificadas pelos MF ao processo de referenciação de crianças com PCL.....	111
Tabela 19-Barreiras identificadas pelos MF inerentes ao processo de referenciação de crianças com PCL e barreiras identificadas por médicos de CSP, encontradas na literatura, inerentes à referenciação de problemas de desenvolvimento .....	129

## Lista de Gráficos

Gráfico 1- Satisfação com as idades-chave recomendadas pelo PNSIJ .....	83
Gráfico 2- Satisfação com o tempo de duração da consulta de saúde infantil .....	84
Gráfico 3 - Satisfação relativamente ao processo de referenciação de crianças com PCL .....	84
Gráfico 4-Satisfação com a eficácia da EADMSM para avaliação de crianças com PCL .....	85
Gráfico 5-Satisfação com a resposta dos serviços que apoiam crianças com suspeita de PCL.....	85
Gráfico 6-Satisfação com a informação do PNSIJ sobre o processo de referenciação de crianças com PCL.....	86
Gráfico 7-Satisfação com os conhecimentos sobre o processo de referenciação de crianças com suspeita de PCL .....	86
Gráfico 8-Satisfação com a capacidade para informar os pais acerca de uma suspeita de PCL.....	87
Gráfico 9-Satisfação com as capacidades para a deteção de PCL.....	87
Gráfico 10-Satisfação com os conhecimentos sobre desenvolvimento de comunicação e linguagem .....	88
Gráfico 11-Satisfação com a capacidade gerir o processo de crianças com PCL .....	88
Gráfico 12-Satisfação com a formação adicional sobre comunicação e linguagem .....	89
Gráfico 13-Satisfação com a aprendizagem sobre comunicação e linguagem durante o curso .....	89
Gráfico 14-Frequência da utilização da EADMSM para avaliação do desenvolvimento de comunicação e linguagem.....	92
Gráfico 15-Frequência da utilização de testes para avaliação do desenvolvimento da comunicação e linguagem .....	92
Gráfico 16- Frequência de utilização do M-CHAT .....	93
Gráfico 17- Frequência de encaminhamento de crianças com PCL para o Hospital .....	93
Gráfico 18-Frequência de encaminhamento de crianças com PCL para CMFR.....	94
Gráfico 19- Frequência do encaminhamento de crianças com PCL para outros serviços .....	94
Gráfico 20- Frequência de encaminhamento de crianças com PCL para o SNIPI.....	95
Gráfico 21-Frequência de seguimento das crianças com PCL.....	95
Gráfico 22-Importância do trabalho de equipa para deteção de PCL.....	99
Gráfico 23- Importância do contributo o MF na deteção de PCL.....	99
Gráfico 24- Importância da avaliação de PCL efetuada pelo terapeuta da fala .....	100
Gráfico 25- Importância do encaminhamento de crianças com PCL dos 3 anos até aos 6 anos.....	102
Gráfico 26- Importância da educação para a saúde sobre desenvolvimento de comunicação e linguagem .....	102
Gráfico 27-Importância da existência de rastreios de PCL na consulta de saúde infantil .....	103
Gráfico 28- Importância do encaminhamento de crianças com PCL até aos 36 meses de idade .....	103

Gráfico 29- Importância da atitude “observar, detetar precocemente, encaminhar precocemente” .....	104
Gráfico 30-Importância da atitude “observar, suspeitar, encaminhar” .....	104
Gráfico 31-Importância da atitude “observar, suspeitar e esperar” .....	105
Gráfico 32-Interesse pessoal/profissional na área do desenvolvimento da comunicação e linguagem .....	107
Gráfico 33-Influência da preocupação dos pais com o desenvolvimento de comunicação e linguagem dos filhos para a sua referenciação .....	108
Gráfico 34-Influência da satisfação com os serviços que apoiam crianças com PCL para a sua referenciação.....	109
Gráfico 35-Influência dos resultados da avaliação da EADMSM para a sua referenciação.....	109

### **Lista de Esquemas**

Esquema 1- Propostas para a melhoria do processo de referenciação de crianças com PCL a partir dos CSP.....	137
---	-----

## **Lista de Abreviaturas**

ACeS Agrupamentos de Centros de Saúde

ANIP Associação Nacional de Intervenção Precoce

ARS Administração Regional de Saúde

ASHA American Speech-Hearing Association

ASQ Ages and Stages Questionnaire

BSIJ Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CIF Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CMFR Clínicas de Medicina Física e Reabilitação

CSP Cuidados de Saúde Primários

DGS Direção Geral de Saúde

DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5

EADMSM Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada

ELI Equipas Locais de Intervenção Precoce

EUA Estados Unidos da América

GRISI Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil

ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems  
10th Revision

IDEA Individual with Disabilities Education Act

IP Intervenção Precoce

MCG médicos de clínica geral

M-CHAT Modified Checklist for Autism in Toddlers

MF médicos de família

MGF Medicina Geral e Familiar

OMS Organização Mundial de Saúde

PCL problema de comunicação e linguagem

PEA perturbação do espectro do autismo

PEC perturbações emocionais e comportamentais

PEDS Parent Evaluation of Developmental Status

PEL perturbação específica de linguagem

PHDA perturbação de hiperatividade e défice de atenção

PNSIJ Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PSF perturbação dos sons da fala

RALF Rastreio de Linguagem e Fala

RANU rastreio auditivo neonatal

SNIPi Sistema Nacional de Intervenção Precoce

TF terapeuta da fala/ terapia da fala

UCC Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UFP Universidade Fernando Pessoa

UNESCO Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância

URAP Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF Unidade de Saúde Familiar

USP Unidades de Saúde Pública

VOT the VroegTijdige Onderkenning Ontwikkelingsstoornissen Language Screening  
instrument

## **INTRODUÇÃO**

### **Problemática e motivações**

A capacidade de comunicar é essencial à vida. É a competência chave para a interação social e a que nos define na sociedade. A importância da comunicação não é apenas um valor de reflexão pessoal, mas sim uma declaração formal, pública e multilateral proclamada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que a consideram como uma das dez competências elementares à vida. A comunicação é um direito humano fundamental (Bercow, 2008).

Os problemas de desenvolvimento em crianças, nomeadamente os de comunicação e linguagem, prejudicam a longo prazo as suas competências sociais, académicas e emocionais (Aram et al., 1984, St. Clair et al., 2011). A perpetuação destes problemas, de elevada prevalência, poderá ter consequências negativas para o indivíduo, família e para a própria sociedade (Hamilton, 2006, Nelson et al., 2005, Bercow, 2008). Por outro lado, a investigação é consensual no que respeita aos resultados positivos da intervenção precoce (Lai et al., 2014, van der Schuit et al., 2011). Assim, quando surge um problema de comunicação e linguagem (PCL) na vida de uma criança e no seu seio familiar devem ser tomadas medidas para que este problema seja minimizado o mais precocemente possível. Para isso, é necessário que seja detetado precocemente de forma a ser facultado o acompanhamento devido a estas crianças e às suas famílias. Todavia, a identificação de PCL, principalmente quando são ligeiros a moderados, em idade precoce (dos 0 aos 6 anos), por profissionais que não possuam a mestria de um terapeuta da fala (TF) nesta área, pode revelar-se uma tarefa difícil. Muitos mitos sociais poderão ainda reforçar esta situação, os quais se espelham muitas vezes em expressões como “o vizinho também não dizia nada, e a agora ninguém o cala” e “ele é preguiçoso”.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), na qualidade do médico de família (FM), encontram-se numa posição privilegiada para efetuar a deteção e referenciação de crianças com PCL (Sices et al., 2004, McLaughlin, 2011, Jeyendra et al., 2013, Castelhana and Oliveira, 2009). Com efeito, o atual Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) defende a deteção precoce destes problemas, incluindo testes e sinais

de alerta e recomenda o encaminhamento das crianças identificadas para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI) (DGS, 2013). Contudo, os poucos estudos existentes em Portugal relacionados com este sistema parecem indicar um baixo nível de referenciação de crianças com PCL por parte dos CSP (Franco e Apolónio, 2011, Peixoto et al., 2011, Peixoto, 2007).

Será que os MF apresentam alguma reticência em proceder ao encaminhamento? Será que as informações disponibilizadas no PNSIJ não são suficientes? Será que os médicos conhecem todas as possibilidades de encaminhamento? Será que estão confortáveis com os seus conhecimentos sobre desenvolvimento de comunicação e linguagem? Os motivos que levam a esta situação em Portugal são desconhecidos. A maioria dos estudos, sobre o processo de referenciação de crianças com PCL ou com problemas de desenvolvimento por parte dos MF, foca-se nas práticas de rastreio. Poucos são os que tentam compreender os fatores que podem estar na base da reduzida taxa de referenciação pelos MF, também encontrada noutros países, não sendo conhecido nenhum para a população portuguesa (Sices et al., 2004, Silverstein et al., 2006).

Assim, este trabalho teve origem na motivação da autora em conhecer a perspetiva dos MF em Portugal sobre o processo de referenciação de crianças com PCL, de forma a identificar as barreiras e facilitadores que lhe são inerentes na ótica destes profissionais. Por um lado, porque considera fundamental que o processo de referenciação seja o mais eficaz possível dada a importância desta problemática. Por outro, porque julga que o conhecimento das perspetivas dos MF pode ser uma ferramenta essencial à criação de soluções para eventuais problemas associados a este processo.

As motivações para a realização desta investigação surgiram no contexto profissional, pessoal e académico da autora. Destaca-se a observação, efetuada por si no âmbito do Mestrado em Terapêutica da Fala, às consultas de vigilância de saúde infantil de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) em Viseu, que suscitou ainda mais curiosidade no aprofundamento deste tema.

### **Desenho de investigação**

Este estudo de carácter descritivo, transversal e observacional, tem a finalidade de compreender qual o contributo que os MF consideram ter quanto à referenciação

precoce de crianças com PCL em Portugal e quais os fatores que podem influenciar a referenciação destas crianças.

As questões de investigação são apresentadas de seguida, bem como os objetivos específicos que se definiram:

1. Qual o perfil do MF no que respeita à referenciação de crianças com PCL?
  - 1.1. Descrever a satisfação dos MF quanto ao processo de referenciação e aos seus conhecimentos e capacidades para detetar e referenciar crianças com PCL.
  - 1.2. Descrever a frequência de utilização de instrumentos de avaliação durante as consultas de saúde infantil e a frequência referências para serviços externos, consideradas pelos MF.
  - 1.3. Descrever a importância atribuída pelos MF ao seu papel, ao papel do TF e ao trabalho em equipa na deteção e referenciação de crianças com PCL.
  - 1.4. Descrever a importância atribuída pelos MF a comportamentos e atitudes relacionados com a deteção de crianças com PCL.
  - 1.5. Descrever o interesse pessoal e profissional que os MF consideram ter na área do desenvolvimento da comunicação e linguagem;
  - 1.6. Compreender se as variáveis sociodemográficas (sexo, condição profissional, tipo de instituição de trabalho e anos de experiência) se relacionam com a perspetiva do MF.
2. Quais os fatores que podem influenciar a tomada de decisão do MF quanto à referenciação de crianças com PCL?
  - 2.1. Descrever os principais fatores que podem influenciar a tomada de decisão do MF quanto à referenciação de crianças com PCL.
  - 2.2. Identificar as principais barreiras inerentes ao processo de referenciação de crianças com PCL, reconhecidas pelos MF.

Para responder a estas questões de investigação foi construído um questionário pela autora, que foi enviado a 4 MF que o reenviaram a outros colegas entre novembro de 2015 e maio de 2016. Do questionário foram obtidos maioritariamente dados quantitativos, embora também tivesse uma pequena componente qualitativa. Foram devolvidos 55 questionários.

## **Organização e conteúdos**

Na introdução são apresentados o tema do trabalho, a problemática que o originou, bem como as motivações da autora. Também é descrito sumariamente o desenho de estudo e os principais conteúdos.

Segue-se a revisão da literatura (capítulo I), que inicia com uma abordagem à aquisição e desenvolvimento linguagem, aos PCL e à importância da deteção precoce destes problemas. Depois serão abordados aspetos relacionados com a deteção dos PCL nos CSP, incidindo sobre a importância do seu contributo, os procedimentos existentes e explorando, um pouco mais aprofundadamente, a realidade portuguesa. Por fim, é destacado o processo de referenciação de crianças com PCL, sendo atribuída ênfase aos fatores que podem contribuir ou estar relacionados com a tomada de decisão de referenciação por parte do MF.

Depois, no capítulo referente ao método (capítulo II), serão incluídos os objetivos e questões de investigação e o desenho de estudo. Será descrito o instrumento de recolha de dados, bem como os participantes e o método para a análise dos dados do questionário.

No capítulo dos resultados (capítulo III), serão apresentados os resultados quantitativos e qualitativos deste estudo. Foram selecionados gráficos e tabelas para clarificar a compreensão dos mesmos.

De seguida, encontra-se a discussão (capítulo IV), onde os dados recolhidos serão analisados à luz da literatura. Também serão estabelecidas relações entre os próprios resultados dos questionários destacando-se a análise conjunta quantitativa e qualitativa.

Finalmente, na conclusão (capítulo V) será efetuado um resumo dos dados de acordo com as questões de investigação e finalidade do estudo para uma melhor compreensão dos mesmos. Também serão abordadas as limitações, as sugestões para futuras direções e, nas considerações finais, as implicações do mesmo.

## **CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA**

Neste capítulo serão abordados, inicialmente, a aquisição e desenvolvimento linguagem, os PCL e a importância da deteção precoce destes problemas. Depois serão apresentados aspetos relacionados com a deteção dos PCL nos CSP, incidindo sobre a importância do seu contributo, os procedimentos existentes e explorando, um pouco mais aprofundadamente, a realidade portuguesa. Por fim, é destacado o processo de referenciação de crianças com PCL, sendo atribuída ênfase aos fatores que podem contribuir ou estar relacionados com a tomada de decisão de referenciação por parte do MF.

### **1. Problemas de Comunicação e Linguagem na criança**

Neste subcapítulo pretende-se explorar o conceito de PCL e os aspetos que lhe estão associados. Assim, inicialmente será abordada resumidamente a aquisição e desenvolvimento da comunicação e linguagem e os problemas que podem ocorrer a este nível. Posteriormente, será atribuído destaque à importância da deteção e intervenção precoces dos PCL, passando pela sua prevalência, impacto psicossocial e familiar, bem como pela eficácia da intervenção.

#### **1.1. Aquisição e desenvolvimento da linguagem**

##### **i. Comunicação, linguagem e fala**

Sim-Sim (1998) define a comunicação como “ (...) o processo ativo de troca de informação que envolve a codificação (ou formulação), a transmissão e a decodificação (ou compreensão) de uma mensagem entre dois ou mais intervenientes”. Esta competência é transversal ao reino dos seres vivos e pode ocorrer com um grau diferenciado de complexidade. A história do seu desenvolvimento é acompanhada pela evolução dos sistemas sensoriais e motores das espécies que habitam o planeta Terra. No caso dos seres humanos o conteúdo da comunicação foi-se especializando até atingir o nível mais complexo, a linguagem, que é inerente à espécie humana. De todas as formas de comunicação, a verbal é a mais elaborada tal como o sistema linguístico que a serve. Assim, a linguagem está profundamente relacionada com a própria essência do ser humano, com a sua sobrevivência e desenvolvimento enquanto ser social (Caldas, 2000, Sim-Sim, 1998).

A linguagem é fundamental para o desenvolvimento, constituindo-se uma ferramenta imprescindível para a aprendizagem, para a comunicação e para o estabelecimento de relações com os outros, bem como para a compreensão do mundo (Brock e Rankin, 2008). Pode ser considerada uma simbolização do pensamento. Assim, serve o propósito da comunicação com os outros e com o próprio indivíduo. Quando é usada com outras pessoas denomina-se de interpessoal e serve para fazer pedidos, perguntas, dar opiniões, fazer comentários, dar ordens, conversar e para desempenhar uma variedade de outros atos comunicativos. Todos estes acontecimentos necessitam obrigatoriamente da presença de pelo menos dois parceiros de comunicação: o recetor e o emissor. A intracomunicação ocorre com o próprio indivíduo e serve, por exemplo, para pensar, sonhar, imaginar e resolver problemas (Johnson, 1996, Bowen, 1998b).

Mais especificamente, a linguagem refere-se à compreensão e/ou expressão da fala, escrita e de outros sistemas de símbolos comunicativos. O processamento da informação verbal depende de dois componentes: a compreensão (linguagem recetiva) e a produção (linguagem expressiva). A compreensão envolve a receção e decifração de uma cadeia de sons/ signos linguísticos e a sua interpretação de acordo com as regras da língua. Inclui, por exemplo, a leitura e a compreensão da língua falada. A produção refere-se à estruturação da mensagem, formatada de acordo com as regras da língua e materializada na articulação, gestos ou em sinais gráficos. Inclui a escrita e a língua falada (Sim-Sim, 1998, ASHA, 2016b).

A linguagem falada e escrita têm uma relação estreita e formam um sistema integrado partilhando 5 domínios fundamentais apresentados abaixo (ASHA, 2016b, Bowen, 1998b).

- Fonologia: sistema de sons da língua, que inclui as regras que regem a sua combinação e utilização dos fonemas.
- Morfologia: regras que estabelecem como os morfemas (unidades mínimas de significado da língua) são utilizados na língua.
- Sintaxe: regras que estabelecem a organização das palavras dentro de uma frase.
- Semântica: o significado das palavras e as combinações das palavras na linguagem.
- Pragmática: regras associadas ao uso da língua durante a conversa e nouro tipo de interações sociais mais abrangentes.

Ligada à produção da linguagem está a fala, que se refere à sua produção na variante fónica, realizada através do processo de articulação de sons. Esta competência depende da integridade das estruturas fonoarticulatórias responsáveis pela produção dos fones de uma língua, bem como dos aspetos motores e sensoriais (Ayres e Robbins, 2005, Alexander et al., 1993, Ayres e Mailloux, 1981, Sim-Sim, 1998).

## **ii. Desenvolvimento e linguagem**

As áreas da comunicação e linguagem contribuem para todas as áreas do desenvolvimento e aprendizagem e são a chave para a compreensão do mundo. O desenvolvimento é único para cada criança e reflete aspetos individuais da comunidade e da cultura. Cada criança contacta e relaciona-se com as outras pessoas e coisas através de oportunidades de aprendizagem efetiva, por exemplo, durante a brincadeira, exploração do meio e quando pensa acerca do mundo que a rodeia. Este processo mantém a criança motivada para a aprendizagem, aperfeiçoando as suas competências e capacidades (Early Education, 2012, Bowen, 1998b, Sheridan, 2002).

As áreas do desenvolvimento podem ser divididas em primárias e específicas. As áreas primárias compreendem o desenvolvimento pessoal, social e emocional, a comunicação e linguagem e o desenvolvimento físico. Começam a desenvolver-se rapidamente em resposta às relações e experiências, suportando a aprendizagem das outras áreas. As áreas específicas integram a literacia, a matemática, a compreensão do mundo e as artes expressivas e criativas. Estas competências e conhecimentos são essenciais para a participação das crianças na sociedade. (Brock e Rankin, 2008, Early Education, 2012).

O desenvolvimento precoce da criança, dos 0 aos 6 anos, pode ser dividido em duas fases (Berk, 2006).

- Infância (do nascimento aos 2 anos de idade): período em que há mudanças dramáticas no corpo e cérebro que suportam a emergência de uma variedade de capacidades motoras, perceptivas e intelectuais e do início da linguagem.
- Infância/idade pré-escolar (dos 2 aos 6 anos): período em que as competências motoras estão mais refinadas e as crianças apresentam mais autocontrolo e autonomia. O pensamento e a linguagem desenvolvem-se a um ritmo impressionante. Evidencia-se o sentido de moralidade e a criança estabelece ligações com os seus pares.

Atendendo mais concretamente ao desenvolvimento da linguagem, existem várias teorias que o tentam explicar como o comportamentalismo, o nativismo, o cognitivismo, o interacionismo e o socio-culturalismo. Contudo, não se pode considerar que alguma delas explique completamente este processo, embora todas apresentem aspetos importantes e concordantes (Brock e Rankin, 2008). É geralmente aceite que as crianças apresentam um dispositivo inato e/ou um sistema de suporte para a aquisição da linguagem (Brock e Rankin, 2008). Todavia, hoje em dia, rejeita-se que este sistema constitua um dispositivo passivo de aprendizagem. A criança é vista como um agente ativo num processo de intensa atividade (visível ou invisível), intimamente relacionado com a interação com as pessoas significativas, com o meio envolvente e com as experiências que decorrem destas relações (Delbecque, 2006).

Numa fase inicial, a criança absorve, ouve e depois imita e pratica. As respostas do bebé ao meio são reforçadas pelas pessoas que lhe são significativas, começando a surgir padrões. O bebé faz um grande esforço para tentar compreender o sentido do que se passa à sua volta. Gradualmente aprende a reproduzir sons e palavras e a estabelecer a compreensão do funcionamento da linguagem, ou seja, começa a perceber o sentido de colocar sons e palavras juntas (Brock e Rankin, 2008). Qualquer criança que reúna as devidas condições anatómicas, fisiológicas, audiológicas, percetivas, cognitivas e sociais, inserida numa comunidade linguística, irá seguir este processo, adquirindo a linguagem da comunidade naturalmente (Dockrell e Messer, 1999, Shatz, 2007, Delbecque, 2006).

### **iii. O carácter precoce do desenvolvimento linguístico**

Os primeiros anos de vida são fundamentais para o desenvolvimento e funcionamento cerebral e conseqüentemente para a aquisição da linguagem. As experiências multissensoriais provenientes do meio como o toque, a visão, o cheiro e a audição são muito importantes (Brock e Rankin, 2008). Nesta altura, o cérebro imaturo apresenta um nível de plasticidade considerável e as experiências provenientes do meio desempenham um papel fundamental. Alguns neurónios são sensíveis a informações provenientes de experiências expectáveis. Estes começam a crescer e a diferenciar-se rapidamente na altura em que é previsto receberem a estimulação importante para o seu funcionamento. Por exemplo, logo antes do nascimento os neurónios que se localizam em algumas partes do córtex visual, responsáveis pela profundidade ou padrões de

perceção, desenvolvem muito rapidamente devido à necessidade visual do bebé no mundo extrauterino. Outros são sensíveis a informações dependentes da experiência. Estes respondem a oportunidades de aprendizagem em alturas imprevisíveis que ocorrem durante o próprio desenvolvimento no meio envolvente do bebé (Bukatko e Daehler, 2004).

O processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem inicia-se muito precocemente e desenrola-se rapidamente. Destacam-se, de seguida e de um modo sucinto, alguns marcos ou aspetos importantes do desenvolvimento linguístico, organizados por fases, que pretendem ilustrar a riqueza e velocidade deste processo.

### ***In útero***

Antes do nascimento o bebé já apresenta uma dominância esquerda para a linguagem, o que é verificado em algumas estruturas cerebrais. Nos primeiros dias de vida é capaz de realizar tarefas de discriminação auditiva e distingue a prosódia da sua língua. Para além disso, apresenta uma preferência para a voz da mãe (Friederici, 2006, Moore, 2005).

### **Comunicação pré-linguística**

Em primeiro lugar o bebé passa por uma fase de comunicação vocal, que decorre dos 0 aos 8/9 meses aproximadamente. O bebé dispõe de um conjunto de sons que produz e que são posteriormente interpretados pelos cuidadores. Os estudos de neuro-imagem mostram que aos 3 meses o bebé apresenta padrões de ativação semelhantes aos adultos no que respeita às áreas cerebrais envolvidas nos sons da fala (circunvolução temporal superior) e à dominância direita para a prosódia (córtex temporoparietal) (Friederici, 2006, Rigolet, 2000).

Por volta dos 8/9 meses até aos 12 meses ocorre a fase de comunicação pré-linguística. Este curto período de tempo é muito importante, porque vai preparar o bebé para a fase linguística. Nesta fase começa a produzir formas foneticamente estáveis, que parecem já começar a revelar algum nível de significação. Aos 9 meses de idade o bebé adquire o inventário fonológico e os padrões de entoação da sua língua materna. É nesta fase que começa a compreender as primeiras palavras (Friederici, 2006, Rigolet, 2000).

### **Comunicação linguística**

Esta fase é marcada pelo surgimento da primeira palavra, que ocorre por volta dos 11/13 meses de idade. Nesta altura, o bebé já compreende algumas perguntas e responde a comandos simples circunscritos ao seu ambiente. Aproximadamente dos 12 aos 18 meses produz uma palavra solta com o sentido de uma frase (holófrase) que mais tarde é acompanhado por cadeias de sons sustentados por traçados suprasegmentais pertencentes à sua língua materna. O período que decorre entre os 18 e os 24 meses é caracterizado pela justaposição das palavras para a formação de frases telegráficas. Nesta altura, a criança compreende muito mais informação e segue ordens com dois comandos. Para além disso, é evidente um aumento exponencial do vocabulário. Ao longo do terceiro ano de vida a criança compreende questões como “quem?”, “o quê?”, “onde?”. Também é evidente a generalização dos enunciados de três palavras e uma especialização das estruturas sintáticas. Aos 4 anos a criança consegue compreender histórias apropriadas à idade e responder a questões sobre as mesmas. Percebe a maior parte do discurso do adulto que lhe é dirigido e é compreendida pela maioria dos adultos que não lhe sejam familiares (Friederici, 2006, Rigolet, 2000, Bowen, 1998a).

A partir desta idade haverá um amadurecimento das competências linguísticas adquiridas e desenvolvidas anteriormente. A linguagem vai ficando cada vez mais apurada e, conseqüentemente, a criança consegue exprimir-se melhor e compreender estruturas mais complexas, demonstrando competência mais ricas de narrativa oral e uma capacidade de conversação mais elaborada. Ao mesmo tempo, adquire consciência das suas produções orais e das dos outros, desenvolvendo competências metalinguísticas. Estas capacidades vão ser essenciais para o estabelecimento de relações entre as representações orais e escritas, permitindo à criança iniciar a aprendizagem da leitura e escrita, por volta dos 6 anos de idade. Contudo, apesar dos pilares linguísticos estarem estabelecidos nesta fase, o desenvolvimento da linguagem, na vertente oral e escrita, continuará a aprimorar-se ao longo do seu percurso de vida (Rigolet, 2000).

#### **iv. Interinfluência das áreas do desenvolvimento na linguagem**

A linguagem e a comunicação contribuem para todas as áreas do desenvolvimento (físico, cognitivo e socio-emocional) e são também influenciadas pelas mesmas (Brock e Rankin, 2008, Ayres e Robbins, 2005).

O desenvolvimento físico, nomeadamente o motor e sensorial, apresentam um grande impacto no desenvolvimento da fala, da linguagem e da própria comunicação. Os sistemas sensoriais responsáveis pelo processamento da informação dos sentidos desempenham um papel crucial no desenvolvimento motor, da linguagem e da fala, que estão dependentes de um processo de integração sensorial subcortical. Assim, uma criança que apresente um problema a este nível pode revelar um atraso nestas competências comunicativas. As próprias características físicas e motoras do bebé vão-se moldando de forma a permitir a produção de fala. O desenvolvimento sensorial e motor adquirido e praticado durante o controlo postural e do movimento vão formar a base para o seu controlo motor. Por exemplo, as primeiras palavras começam a surgir no momento em que ocorre a mielinização da maioria das vias sensoriomotoras e, por consequência, em que existe uma maior estabilização musculoesquelética. Isto significa que é necessário que as estruturas e que a postura dos articuladores da criança estejam aptos para a articulação dos sons. Não basta apenas que estes estejam organizados a nível cerebral (Ayres e Robbins, 2005, Alexander et al., 1993, Ayres and Mailloux, 1981).

A cognição também se relaciona com o desenvolvimento da linguagem. A comunicação ocorre por meio de sinais ou signos, que se baseiam em princípios cognitivos, permitindo ao ser humano compreender o mundo à sua volta e sobreviver numa sociedade. Os conceitos que se vão desenvolvendo numa determinada cultura são fruto da sua experiência e das necessidades do quotidiano. Isto verifica-se na semântica, na morfossintaxe e nas categorias gramaticais de cada língua. Segundo Delbecque (2006), “As palavras e as construções gramaticais culturalmente específicas de uma língua são ferramentas conceituais que refletem os conhecimentos de uma cultura na ação e na reflexão sobre a ação”. Assim, a criança desenvolve a linguagem suportada em princípios cognitivos subjacentes a uma determinada língua e cultura (Delbecque, 2006). Segundo a teoria construtivista de Piaget este desenvolvimento é inseparável do cognitivo. Por exemplo, é apenas com a construção cognitiva da permanência do objeto

que uma criança começa a consolidar os nomes dos referentes. O prazer de nomear surge com a função simbólica (Rigolet, 2000).

A linguagem desempenha ainda um papel importante na socialização, no estabelecimento de relações pessoais e na componente emocional do indivíduo (Brock e Rankin, 2008). Um dos motivos prende-se com o seu contributo para a regulação emocional. O desenvolvimento linguístico permite à criança começar a descrever sentimentos entre os 18 e os 36 meses. Aproximadamente aos 3 anos de idade as crianças começam a reduzir o número de birras, porque já possuem um maior domínio da linguagem, o que lhes permite comunicar intenções e desejos (Bukatko e Daehler, 2004). Para além disso, é cada vez mais aceite que a linguagem desempenha um papel importante na Teoria da Mente. Esta competência metacognitiva, fundamental para a interação social humana, refere-se à capacidade para perceber, interpretar e prever comportamentos ou ações dos outros, com base no reconhecimento dos seus estados mentais (Kobayashi, 2009).

#### **v. O ambiente no desenvolvimento da linguagem**

Reunidas as condições fisiológicas, estruturais, sensoriais e cognitivas é necessário que o meio em que a criança está inserida lhe faculte a estimulação necessária ao seu desenvolvimento. A investigação do desenvolvimento da criança tem sido motivada por uma grande questão: quais são os fatores desenvolvimentais mais importantes, os genéticos (*Nature*) ou os ambientais (*Nurture*) (Berk, 2006)? Considera-se, hoje em dia, que a componente inata é importante para a linguagem, embora o ambiente envolvente seja fundamental (Bowen, 1998b).

Quando se começou a estudar o desenvolvimento da linguagem, em 1960, defendia-se que era uma faculdade inata, que se ia desenvolvendo com a criança. O meio dar-lhe-ia a oportunidade de demonstrar os conhecimentos mais complexos das estruturas linguísticas. Atualmente, a investigação deposita uma importância muito mais significativa no meio. A variabilidade existente na quantidade e na natureza do *input* que as crianças recebem correlaciona-se com a variabilidade nos ritmos em que adquirem linguagem. Portanto, é bastante provável que a sua aquisição seja muito influenciada pelo *input* recebido (Gathercole e Hoff, 2007). A componente social também desempenha um papel fundamental. Os bebés são altamente responsivos às

pistas contextuais que os rodeiam e que norteiam o seu desenvolvimento linguístico. A construção de significados é dependente de fatores socio-pragmáticos (Baldwin e Meyer, 2007). A observação e a imitação estão na base da aprendizagem do desenvolvimento de costumes linguísticos, sociais e morais (Bukatko e Daehler, 2004). Durante as rotinas diárias, ocorrem vários momentos em que os bebés estão naturalmente expostos à linguagem. Este contexto é descrito como social, uma vez que implica sempre a interação com outro ser humano (Johnson, 1996). A linguagem desenvolve-se através da interação social em contextos culturais, onde a aprendizagem é orientada, modelada e estruturada pelos adultos e pelos pares mais experientes, preferencialmente numa “zona proximal do desenvolvimento” (Brock e Rankin, 2008).

A Teoria de Sistema Ecológico ou Bioecológico, defendida por Bronfenbrenner, oferece a perspetiva mais diferenciada e completa no que respeita à influência do contexto no desenvolvimento da criança. Esta teoria contempla vários sistemas que vão influenciar o seu desenvolvimento. O primeiro sistema, microssistema, refere-se aos padrões de atividades e interações que ocorrem no meio imediato da criança. Todas as relações são bidirecionais, ou seja, os adultos influenciam o comportamento da criança e o contrário também acontece. Para além disso, este processo é influenciado por terceiros e pelo tipo de relação que estes estabelecem com a díade. Nesta teoria são também valorizados outros fatores sociais, culturais e pessoais que são agentes em todo o processo de desenvolvimento da criança. O ambiente não pode ser considerado estático e todos os sistemas influenciam-se de forma dinâmica (Berk, 2006).

Ainda no âmbito das teorias que defendem a importância do meio ambiente para o desenvolvimento da criança destaca-se a *Dynamic Systems Theory*. Esta surgiu da necessidade de explicar a consistência e variabilidade que caracterizam o desenvolvimento. De acordo com a mesma, a mente, o corpo e os mundos social e físico da criança formam um sistema integrado. O património genético determinará uma série de regularidades. Porém, as diferenças individuais significativas são, em grande parte, explicadas pelas rotinas de vida diária e pelas pessoas que interagem com elas. Assim, a linguagem é a performance enquadrada num determinado contexto, que é adquirida e desenvolvida de acordo com a base genética da criança, mas altamente influenciada pelo seu contexto de vida (Berk, 2006, Evans, 2007).

## **1.2. Problemas na aquisição e desenvolvimento da linguagem**

### **i. Perturbação de Comunicação e Linguagem**

Uma perturbação da comunicação é descrita pela American Speech-Hearing Association (ASHA) (1993) da seguinte forma:

Uma perturbação na capacidade de receber, transmitir, processar e compreender conceitos ou sistemas de símbolos verbais, não-verbais e gráficos. A perturbação da comunicação pode ocorrer nos processos de audição, linguagem e/ou fala. Pode variar em termos de gravidade de moderada, severa, a profunda. Pode ser de desenvolvimento ou adquirida. Os indivíduos podem apresentar uma ou mais combinações de perturbação de comunicação. A perturbação de comunicação pode ser originada por uma incapacidade primária ou ser secundária a outras incapacidades.

Contempladas como subtipos desta perturbação estão as perturbações da fala, da linguagem, da audição e do processamento auditivo central. Incluídas nas perturbações da fala estão as perturbações de articulação, de fluência e de voz. As perturbações de linguagem estão subdivididas no que respeita à forma da linguagem (fonologia, morfologia e sintaxe), ao conteúdo linguístico (semântica) e à função da linguagem (pragmática) (ASHA, 1993).

Mais especificamente, a ASHA (2015) considera que uma perturbação da linguagem se define como:

Uma perturbação significativa da aquisição e do uso da linguagem em diferentes modalidades (por exemplo língua falada e língua gestual) devido a défices na compreensão e/ou produção em qualquer um dos 5 domínios da linguagem (fonologia, morfologia, sintaxe, semântica e pragmática).

A terminologia utilizada para definir este tipo de problemas tem sido muito variada devido à heterogeneidade das condições associadas aos PCL (Bishop, 2014, Chan et al., 2011, Reilly et al., 2014). A utilização de termos como “necessidades de fala, linguagem e comunicação” permite definir um espectro abrangente de dificuldades relacionadas com todos os aspetos da comunicação de crianças e jovens, onde são incluídos problemas de fluência, formação de sons e de palavras, formulação de frases, compreensão do que os outros dizem e de utilização da linguagem social (Bercow, 2008). Da mesma forma, o SNIPI refere-se a “problemas de linguagem e comunicação” num dos grupos estabelecidos (Alterações nas funções ou estruturas do corpo sem etiologia conhecida) para a elegibilidade de crianças dos 0 aos 6 anos neste sistema

(SNIPI, 2010). Neste sentido, para a finalidade deste trabalho, considerou-se que o termo mais adequado seria o de PCL, onde se incluem os problemas de linguagem e fala em todas as suas vertentes, aplicado à faixa etária definida pelo SNIPI. Contudo, importa referir ainda que a maioria dos estudos sobre a área integra participantes a partir dos 18/24 meses aproximadamente (Bercow, 2008, Aro et al., 2012, Roy e Chiat, 2014, Van Agt et al., 2011). Como esta já é considerada a fase linguística do desenvolvimento, será atribuído um enfoque maior à linguagem e fala, não esquecendo a importância destas competências como ferramentas fundamentais para a comunicação (Rigolet, 2000, Sim-Sim, 1998).

## **ii. Tipos, causas e fatores de risco e protetores**

Os PCL podem ter uma manifestação primária, ocorrer de forma secundária a outras condições ou manifestarem-se em concomitância com as mesmas (RCSLT, 2009).

As perturbações de base neurológica, orgânica, fisiológica, sensorial ou ambiental podem contribuir para o surgimento secundário dos PCL (Cummings, 2008, RCSLT, 2009). Destacam-se cinco categorias etiológicas que podem estar na base destes problemas ou ocorrer em concomitância com os mesmos: limitações cognitivas (por exemplo atraso mental, dificuldades de aprendizagem e perturbação de hiperatividade e défice de atenção); défices de *input* sensorial (por exemplo surdez, défice de processamento auditivo central e problemas de integração sensorial); défices de competências motoras (por exemplo disartria desenvolvimental enquadrada no quadro de paralisia cerebral); défices nas relações sociais (por exemplo perturbação do espectro do autismo-PEA); ambiente desfavorável ao desenvolvimento (por exemplo atraso global de desenvolvimento) (Johnson, 1996, Horwitz et al., 2003, RCSLT, 2009). Contudo, há situações em que a aquisição da linguagem e da fala está atrasada ou é desviante na ausência de problemas intelectuais, sociais, imaginativos e de comunicação não-verbal. Neste caso, muitas vezes, estamos perante uma condição primária de PCL (Cummings, 2008, Williams et al., 2010, RCSLT, 2009).

De seguida, apresentam-se sumariamente algumas condições específicas associadas aos PCL para que seja clarificado o espectro de situações sobre as quais se pretende incidir. Apesar de existirem várias nomenclaturas que pretendem caracterizar estes problemas em idade precoce, a organização que se segue baseou-se na da ASHA.

- Perturbações de linguagem

Como já foi descrito acima, esta condição, refere-se a uma perturbação significativa na aquisição e utilização da linguagem num, ou mais do que um, dos seus domínios. Quando esta perturbação não é acompanhada de alterações intelectuais, atraso de desenvolvimento global, surdez ou outros problemas sensoriais, alterações motoras ou outras condições médicas pode ser caracterizada como perturbação específica de linguagem (PEL) (ASHA, 2015).

No caso destas perturbações ocorrerem em conjunto com outras alterações, as suas causas podem ser definidas em relação a essa condição específica. No que respeita à PEL tem sido difícil atribuir-lhe uma origem. Contudo, têm sido apontados aspetos biológicos e genéticos. Alguns estudos têm fornecido pistas sobre um funcionamento cerebral atípico em indivíduos com PEL (Shafer e Garrido-Nag, 2007, ASHA, 2015).

- Perturbação dos sons da fala

A perturbação dos sons da fala (PSF) refere-se a qualquer combinação de dificuldades relacionadas com a perceção, produção motora e/ou com a representação fonológica dos sons e segmentos da fala, que prejudicam a inteligibilidade da mesma. As perturbações específicas da articulação dos sons da fala são muitas vezes denominadas de perturbações articulatórias e decorrem de um problema estrutural (por exemplo fenda labiopalatina) ou de um problema de base motora (por exemplo dispraxia verbal do desenvolvimento). Quando é o funcionamento dos sons da fala na língua que está prejudicado considera-se a presença de uma perturbação fonológica (ASHA, 2016e).

Geralmente, as causas das perturbações fonológicas e articulatórias primárias são desconhecidas. A origem das PSF é mais facilmente determinada quando estão associados a alterações craniofaciais, surdez, perturbações sensoriomotoras, paralisia cerebral, problemas cognitivos ou congénitos (Williams et al., 2010, ASHA, 2016e).

- Perturbação de comunicação social

Os problemas de comunicação social podem incluir problemas de interação social, de cognição social e de pragmática. Estes problemas podem ocorrer isoladamente ou em conjunto com PEA, PEL, problemas intelectuais, entre outros. Muitas das vezes as

causas desta perturbação estabelecem-se de acordo com a associação a estas condições específicas (ASHA, 2016d).

- Emergência tardia de linguagem

A emergência tardia de linguagem é um atraso na aquisição e desenvolvimento da linguagem, na ausência de outras perturbações diagnosticadas ou de atrasos noutros domínios cognitivos ou motores. Este tipo de problema é diagnosticado quando se considera que a criança apresenta um desenvolvimento da linguagem abaixo do que é esperado para a sua idade. Estas crianças podem apresentar atrasos de linguagem expressiva ou uma combinação de linguagem expressiva com compreensiva. Podem estar em risco de problemas futuros de linguagem oral e escrita. A emergência tardia de linguagem pode também ser um sinal precoce de uma futura PEL, perturbação de comunicação social, PEA, perturbações intelectuais, perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) e de outros problemas de desenvolvimento (ASHA, 2016c).

- Perturbação de fluência

As perturbações de fluência podem ser divididas em gaguez e taquifémia (*cluttering*). A gaguez é uma interrupção no fluxo da fala caracterizada por repetições (sons, sílabas, palavras, frases), prolongamento de sons, bloqueios, interjeições e revisões que podem afetar o seu ritmo e débito. A taquifémia caracteriza-se com um débito de fala elevado e irregular, que resulta em quebras no discurso tornando-o menos claro e fluído. Os problemas de fluência parecem ter um causa multifatorial incluindo fatores genéticos e neuro-psicológicos (ASHA, 2016a).

Alguns fatores de risco foram apontados para o surgimento de PCL como (Johnson, 1996, Horwitz et al., 2003, ASHA, 2016e, ASHA, 2016c, ASHA, 2016a):

- Fatores ambientais: ambientes sociais desfavoráveis; baixo nível educativo dos pais; presença de gémeos ou famílias com muitos filhos; *stress* parental; falta de suporte para a aprendizagem em casa;
- Sexo masculino;
- Atraso de desenvolvimento motor;
- Atraso das competências pré-linguísticas;

- Problemas pré e perinatais;
- Hábitos orais de sucção (por exemplo uso de chupeta e sucção digital);
- Problemas do foro otorrinolaringológico;
- Historial familiar de problemas de fala e linguagem.

Contudo, também são identificados fatores protetores como (ASHA, 2016e, ASHA, 2016c):

- Acesso a cuidados pré, peri e pós-natais;
- Oportunidades ricas de aprendizagem: exposição a padrões ricos de vocabulário, sintaxe e de comunicação; acesso a materiais impressos; integração em ambientes responsivos; envolvimento em interações comunicativas e de brincadeira enquadradas em atividades estruturadas/não estruturadas de grupo ou individuais; envolvimento em atividades de motricidade global e fina; acesso a serviços de apoio à comunicação quando necessário;
- Temperamento mais sociável;
- Nível elevado de bem-estar materno.

### **iii. Diagnóstico e classificação**

No que respeita à comunicação e linguagem, dentro da faixa etária precoce, pode-se considerar que o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* (DSM-5) contempla, dentro das perturbações do neurodesenvolvimento, as perturbações da comunicação e a PEA.

As perturbações da comunicação incluem a perturbação de linguagem (compreensiva, expressiva ou ambas), a perturbação dos sons da fala (onde se inclui a dispraxia verbal do desenvolvimento), a perturbação de fluência e a perturbação de pragmática social. Este último diagnóstico diferencia-se da PEA, uma vez que não estão presentes os comportamentos, interesses e atividades restritivos e repetitivos. Já, a PEA é caracterizada por um défice ao nível da comunicação social e na interação social e pela presença destes comportamentos, interesses e atividades (American Psychological Association, 2013).

O *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision* (ICD-10) inclui no capítulo V (*Mental and behavioural disorders*), mais

propriamente nas perturbações psicológicas do desenvolvimento, a perturbação de desenvolvimento específica de fala e linguagem (F80), que se subdivide em perturbação específica da articulação (F80.0), perturbação de linguagem expressiva (F80.1), perturbação de linguagem recetiva (F80.2) e afasia adquirida com epilepsia (F80.3). A perturbação fonológica está incluída na perturbação específica da articulação (f80.0) (WHO, Version 2016).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), fornece uma perspetiva funcional de classificação dos PCL. Contempla na parte das “Funções do corpo” as “Funções mentais da linguagem”, onde se inclui a linguagem expressiva e recetiva. No capítulo 3 estão presentes os codificadores para as funções da voz e da fala. Da parte da atividade e participação, para além de outros capítulos importantes para a classificação de problemas deste tipo, destacam-se o capítulo 1 (Aprendizagem e aplicação de conhecimentos), o capítulo 3 (Comunicação) e o 7 (Interações e relacionamentos interpessoais). A situação da criança deve ser classificada de acordo com as estruturas e funções do corpo, em conjunto com o seu desempenho nas atividades de vida diária, bem como com as barreiras e facilitadores pessoais e ambientais (OMS and DGS, 2004).

### **1.3. Importância da deteção precoce**

O nível de desenvolvimento da linguagem e comunicação de uma criança é um dos indicadores mais precoces e úteis do seu desenvolvimento global e cognitivo (US Preventive Services Task Force, 2006, Kaiser e Roberts, 2011, Law e Garrett, 2004). Os PCL podem ser um sinal de problemas de neurodesenvolvimento, neuropsiquiátricos ou orgânicos (Roy e Chiat, 2014, Miniscalco et al., 2006, Miniscalco et al., 2007, McLaughlin, 2011).

A maioria dos problemas de comunicação podem ser identificados a partir do segundo ano de vida (Bercow, 2008). Vejam-se as seguintes situações. Por volta dos 2,5 anos a ocorrência de PCL juntamente com dificuldades de autorregulação prevê um prejuízo das competências sociais da criança aos 8 anos de idade (Aro et al., 2012). A existência de problemas de comunicação, principalmente de relacionamento interpessoal, detetados em crianças entre os 2,5 e os 4 anos de idade relaciona-se com a ocorrência de problemas socio-emocionais, de comportamento e de linguagem em idade escolar

(Roy e Chiat, 2014). Por volta dos 30 meses, a deteção de um atraso de desenvolvimento da comunicação pode ser um indicador da presença de PEA e/ou PHDA. Estas crianças estão também em maior risco de desenvolverem dificuldades de linguagem, nomeadamente de compreensão oral e pragmática (Miniscalco et al., 2006, Miniscalco et al., 2007).

Apesar de ser reconhecida a importância da deteção precoce dos problemas de desenvolvimento, apenas 20% a 30% são identificados antes da entrada para a escola (Honigfeld et al., 2012). No caso da PEA, a idade média de deteção encontra-se entre os 3,1 e os 5,7 anos (Bercow, 2008). O atraso de desenvolvimento da linguagem detetado antes dos 3 anos de idade nunca deve ser desvalorizado (McLaughlin, 2011). Pelo contrário, deve ser interpretado como um indicador importante acerca do neurodesenvolvimento da criança (Miniscalco et al., 2006). Cerca de 40% das crianças com atrasos de desenvolvimento de linguagem, identificados antes desta idade, não os resolvem espontaneamente (Busari e Weggelaar, 2004). Deste modo, considera-se fundamental a deteção precoce dos PCL de forma a garantir uma intervenção mais atempada e conseqüentemente mais eficaz (Toppelberg e Shapiro, 2000, McLaughlin, 2011, Van Agt et al., 2011).

A elevada prevalência de PCL, o impacto que podem ter na vida do indivíduo e sua família e a eficácia comprovada da intervenção precoce, dos serviços de Intervenção Precoce (IP) e da Terapia da Fala (TF) são aspetos que enfatizam a importância da sua deteção e intervenção atempadas (Nelson et al., 2005, Agt et al., 2005, Gwynne et al., 2009, Law et al., 2003). De seguida serão analisados estes aspetos com maior detalhe.

### **i. Prevalência**

Nos países desenvolvidos as patologias do neurodesenvolvimento, onde estão incluídos os PCL, representam cerca de 20% da população pediátrica (Castelhano e Oliveira, 2009).

Os PCL em crianças de idade pré-escolar são muito prevalentes, sendo considerados os mais comuns entre os problemas de desenvolvimento na infância. Estima-se que poderão surgir entre 1% e 32% da população nesta faixa etária, sendo que a maioria dos estudos aponta para uma prevalência entre os 2,3% e os 19% (Busari e Weggelaar, 2004,

Nelson et al., 2005, McLaughlin, 2011, Horwitz et al., 2003, Van Agt et al., 2011). Esta parece ser uma realidade em diversos países como Austrália, Reino Unido, Estados Unidos da América, Grécia e Jamaica (Busari e Weggelaar, 2004, Nelson et al., 2005, McLaughlin, 2011, Horwitz et al., 2003). Os estudos de prevalência tornam-se mais escassos em crianças de uma faixa etária inferior (0 aos 3 anos). Todavia, dos 18 aos 23 meses estima-se que a prevalência de problemas de linguagem expressiva seja de 13,5% (Horwitz et al., 2003).

Em Portugal, não é conhecida uma prevalência de PCL representativa da população do país. Contudo, um estudo realizado na região do Alentejo refere a elevada percentagem de perturbações da linguagem e fala encaminhados para o SNIPI. Concluiu-se que 20,9% das crianças apresentavam um atraso de linguagem e 21% um atraso de fala. Estes eram os problemas mais prevalentes dentro do desenvolvimento (Francoe Apolónio, 2011). O Inquérito Nacional às Incapacidades e Desvantagens, implementado entre 1993 e 1995, revelou que 3,23 em 1000 crianças portuguesas entre os 0 e os 2 anos e 6,66 em 1000 crianças entre os 3 e os 5 anos de idade, apresentavam dificuldades de fala; 0,26 em 1000 crianças dos 0 aos 2 anos e 1,37 em 1000 dos 3 aos 5, apresentavam problemas auditivos; 2,51 em 1000 crianças dos 0 aos 2 anos e 4,49 em 1000 dos 3 aos 5, apresentavam outros problemas de comunicação, onde se enquadravam dificuldades de leitura e escrita e de utilização de símbolos ou gestos (Deficiência, 1996). Num rastreio realizado num agrupamento de escolas em Portugal, foi encontrada uma prevalência de 27,3% crianças em idade escolar (5 aos 11 anos) com perturbação de fala e linguagem (Silva e Peixoto, 2009). No conselho de Oeiras foi encontrada uma prevalência de 14,9% de problemas de aquisição e desenvolvimento de linguagem em crianças de idade pré-escolar (Coutinho, 2012).

## **ii. Impacto psicossocial e familiar**

O desenvolvimento da linguagem é a base do desempenho académico, social e comportamental (Hollo et al., 2014, Toppelberg e Shapiro, 2000). A ocorrência de problemas ou atrasos a este nível pode afetar todos estes domínios. Desta forma, o surgimento de PCL pode ter um impacto abrangente, não se circunscrevendo apenas aos aspetos comunicativos que, por si só, já constituem uma potencial barreira ao desenvolvimento da criança (Agt et al., 2005).

Os PCL podem estar presentes ao longo da vida do indivíduo. Em idade pré-escolar estão fortemente relacionados com dificuldades académicas, nomeadamente ao nível da leitura e escrita, e com o insucesso escolar. Estes problemas poderão ser caracterizados mais tarde como dificuldades específicas de aprendizagem (Agt et al., 2005, Catts e Kamhi, 2005, Kamhi e Catts, 1999, Nelson et al., 2005, Bercow, 2008). Com muita frequência crianças que estão inseridas em Educação Especial na escola, apresentam como problema primário dificuldades de comunicação (Bercow, 2008). Também podem estar associados ou originar perturbações emocionais e comportamentais (PEC). As crianças com problemas de compreensão de linguagem são as que estão em maior risco (Noterdaeme e Amorosa, 1999). As PEC que se encontram associadas com mais frequência aos PCL são a PHDA, a perturbação de conduta e distúrbio de oposição, a perturbação de ansiedade e o isolamento social. Enquanto os PCL que mais se sobrepõem a estes problemas são os relacionados com alterações ao nível da gramática, pragmática e semântica (Heneker, 2005, Law e Garrett, 2004, Toppelberg e Shapiro, 2000, Noterdaeme e Amorosa, 1999). Contudo, ainda não se estabeleceu definitivamente se a causa para a PEC é o PCL. Em algumas situações parece ser este o caso, enquanto noutras parecem surgir de forma concomitante (Hollo et al., 2014).

De seguida serão indicadas algumas situações que ilustram como os PCL se podem manifestar e ter implicações ao longo da vida do indivíduo.

Dos 18 aos 35 meses as crianças com atrasos de desenvolvimento de linguagem parecem apresentar níveis de isolamento social bem mais elevados do que aquelas que apresentam um desenvolvimento típico (Rescorla et al., 2007). Apenas com 3 anos de idade apresentam índices de qualidade de vida, relacionados com a saúde nas áreas da comunicação e da função social, inferiores aos das crianças com desenvolvimento típico. Revelam dificuldades em compreender o que as outras pessoas dizem e em expressar a sua vontade. Socialmente sentem-se menos à vontade com outras crianças e algumas podem parecer menos ativas. Esta condição resulta numa menor capacidade de se envolverem em brincadeiras com os outros e num sentimento de maior insegurança relativamente aos seus pares (Agt et al., 2005).

Os problemas de linguagem podem persistir durante a idade escolar com uma manifestação diferente. Neste caso, poderão ocorrer alterações comportamentais, emocionais e sociais de acordo com o tipo de problema linguístico: as crianças com

problemas de pragmática tendem a demonstrar todos estes problemas; as crianças com dificuldades de expressão oral e de leitura e escrita poderão revelar alterações do comportamento, nomeadamente PHDA e/ou problemas de conduta. De um modo geral, as crianças com perturbações de linguagem persistentes demonstram ser mais preocupadas e inseguras, principalmente as que apresentam problemas de sintaxe na linguagem oral. Evidenciam uma atitude mais negativa perante o trabalho escolar e um índice de qualidade de vida inferior ao das sem problemas a este nível (Van Agt et al., 2011, St. Clair et al., 2011).

Durante a adolescência os problemas de comportamento e emocionais tendem a diminuir, embora estes últimos se mantenham acima da média. Estes problemas manifestam-se com mais intensidade em adolescentes com dificuldades de compreensão de linguagem. Os problemas sociais tendem a aumentar ao longo dos anos. Aos 16 anos de idade cerca de 40% dos adolescentes com historial de PEL apresenta dificuldades de interação com os pares, o que pode ocorrer com uma probabilidade 12 vezes mais elevada do que nos adolescentes sem alterações de linguagem (St. Clair et al., 2011, Conti-Ramsden et al., 2013). Esta situação pode ser motivada pelo facto das crianças com PCL apresentarem uma maior tendência para sofrerem *Bulling*, o que afeta a sua capacidade de fazer amigos e conseqüentemente a sua autoconfiança. Para além disso, potencia o sentimento de isolamento e de exclusão social (Bercow, 2008).

Na fase adulta, os indivíduos que possuem um historial de problemas fonológicos/linguísticos moderados tendem a desempenhar trabalhos mais indiferenciados. Referem ter obtido notas inferiores e ter estudado menos anos do que os seus pares sem este tipo de problema (Felsenfeld et al., 1994). Para além disso, as perturbações de comunicação parecem estar associadas a um maior nível de desemprego. Nos Estados Unidos da América (EUA), problemas auditivos e de fala estão associados a uma taxa de desemprego de 41,9% comparando com 29,5% das pessoas da mesma idade sem nenhum tipo de perturbação, o que se verifica com mais intensidade no caso das pessoas com problemas de fala. O desemprego atinge 67,4% das pessoas que apresentam dificuldades em falar de forma inteligível e 75,6% das pessoas que não o conseguem fazer. Assim, as perturbações de comunicação têm implicações económicas muito significativas neste país (Ruben, 2000).

Para Bercow (2008), embora as implicações a longo prazo de um PCL na idade adulta ainda não sejam bem conhecidas, é evidente que todas as crianças e jovens com este tipo de dificuldades estão potencialmente “em risco”.

Quando se discute o impacto dos PCL é importante ter em consideração a família destas crianças, uma vez que alguns pais têm dificuldade em adaptar-se a uma situação que implique o desenvolvimento atípico do seu filho (Raina et al., 2004). Segundo Bronfenbrenner todas as relações são bidirecionais, ou seja, os pais/cuidadores e a criança influenciam-se mutuamente, sendo essa interinfluência estendida aos vários níveis do ecossistema. Assim, os PCL devem ser vistos à luz do indivíduo e do todo o seu sistema ecológico (Berk, 2006).

Num estudo em que se recorreu à CIF foi evidente que a maioria dos pais de crianças com PCL manifestam preocupações relativamente às limitações nas atividades e à restrição na participação dos seus filhos. Como limitações referem a dificuldade na formulação de frases, no uso da gramática, no estabelecimento de um diálogo e a limitação do vocabulário. Quanto às restrições, mencionam as dificuldades em compreenderem o que os filhos dizem, o que também acontece com outros adultos e crianças. Também evidenciam preocupações relativamente ao isolamento social. Destacam ainda fatores pessoais negativos em relação aos filhos como timidez, ansiedade, frustração, problemas comportamentais e birras decorrentes dos problemas de comunicação (Thomas-Stonell et al., 2009). Para além disso, as mães de crianças com problemas de desenvolvimento parecem apresentar uma condição física auto referida mais precária do que as com filhos com desenvolvimento típico (Eisenhower et al., 2013).

### **iii. Eficácia da intervenção precoce**

A importância e eficácia da intervenção precoce nos PCL parece ser cada vez mais consensual na comunidade científica (Hollo et al., 2014, Gwynne et al., 2009, van der Schuit et al., 2011, McConachie e Diggle, 2007, Paul, 2008). Existe uma opinião clínica fortemente sustentada sobre o valor da intervenção precoce e o perigo da sua ausência no que respeita aos PCL (Bercow, 2008). Nos EUA, estudos relacionados a implantação (com implantes cocleares) de crianças com surdez, demonstram que uma intervenção

bem-sucedida e precoce diminui os custos e aumenta o ganho económico para o indivíduo e sociedade (Ruben, 2000).

Assim, se uma criança for ajudada precocemente terá uma maior probabilidade de desenvolver a sua comunicação e de realizar progressos. Caso contrário existem vários riscos, nomeadamente piores desempenhos escolares, problemas de comportamento, dificuldades emocionais e psicológicas, menos expectativas de empregabilidade, problemas de saúde mental e, em alguns casos, criminalidade (Bercow, 2008).

Hoje em dia existem serviços organizados que integram programas específicos dirigidos a crianças em faixas etárias precoces. Assim, a Intervenção Precoce na Infância (IPI) é definida pela Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP) (2016) como:

O conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, que incluem ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, da saúde e da ação social, de forma a prevenir o aparecimento ou agravamento dos problemas das crianças e a reforçar as competências das famílias e outros prestadores de cuidados, para que, de forma mais autónoma, consigam lidar com a problemática da criança.

A IPI rege-se por sete princípios abaixo apresentados (ANIP, 2016):

1. As crianças pequenas aprendem melhor através das experiências do dia-a-dia e nas interações com pessoas e contextos que lhes são familiares.
2. Todas as famílias, com os apoios e recursos necessários, podem contribuir para o desenvolvimento da aprendizagem da criança.
3. O principal papel do mediador de caso em IP é o de apoiar e trabalhar com os membros da família e prestadores de cuidados (educadores, amas etc.), nos projetos de vida das crianças.
4. O processo de IP, desde os contactos iniciais, até à transição para outros serviços, deve ser um processo dinâmico e individualizado, o qual deve refletir as preferências, estilos de vida e crenças culturais das famílias.
5. Os objetivos do Plano Individual de Intervenção (PIIP) devem ser funcionais e baseados nas necessidades das famílias e nas prioridades identificadas pelas famílias.
6. As prioridades, necessidades e interesses da família são melhor atendidas por um mediador de caso, o qual representa e recebe o apoio de uma equipa Transdisciplinar.
7. A intervenção com as crianças pequenas e suas famílias deve basear-se em princípios explícitos, práticas validadas, a melhor investigação existente e legislação relevante.

O surgimento da IPI está relacionado com o aparecimento da "*Individual with Disabilities Education Act*" (IDEA) em 1975 e com o Programa *Head Start* nos EUA (Center for Parent Information and Resources, 2014, Office of Head Start, 2015). Em 2003

surge na Europa a *European Association on Early Intervention* (European Agency For Development In Special Needs Education, 2005).

O desenvolvimento concetual dos serviços de IPI tem sido influenciado substancialmente pela investigação sobre o desenvolvimento da criança, nomeadamente pela controvérsia “*Nature VS Nurture*” e pela importância da relação cuidador-criança. Os estudos mais atuais sobre o desenvolvimento cerebral do bebé também têm fornecido dados importantes para o desenvolvimento de programas de IPI (Zigler et al., 2000).

Os serviços de IP têm-se demonstrado eficazes para a criança e sua família (Gwynne et al., 2009). Para além disso, parece haver uma boa relação custo-benefício no que respeita à IP na infância, uma vez que uma intervenção precoce e estruturada previne o agravamento dos problemas, que se traduzirão mais tarde em despesas individuais mais significativas (Karoly e Levaux, 1998, Glascoe, 2015). Não só o acionamento destes serviços, mas também a deteção e intervenção atempada de PCL pode vir a mostrar-se bastante benéfico a este nível. Por exemplo, num programa de rastreio na Holanda foi possível a deteção precoce de problemas de linguagem e fala e sua consequente intervenção precoce, o que resultou numa posterior diminuição do número de crianças integradas em Educação Especial (EPIC, 2013).

Os TF estão contemplados na formação das equipas transdisciplinares de IP. Assim, é natural que o sucesso deste tipo de serviços implique o trabalho transdisciplinar que é realizado entre este profissional, os seus colegas, a família e outros intervenientes (ANIP, 2016, Karoly e Levaux, 1998). Contudo, será importante analisar mais especificamente o contributo e a eficácia do trabalho desenvolvido por estes profissionais. As crianças com PCL acompanhadas por TF, mesmo antes dos 3 anos, apresentam um prognóstico muito favorável (UK National Screening Committee, 2005, Law et al., 2003, McRae e Vickar, 1991, Broomfield e Dodd, 2011, Boyle et al., 2007, Berkman et al., 2015). Melhoram significativamente quando há intervenção de um TF, o que se pode verificar ao nível da fala, linguagem e em todas as vertentes envolventes (Nelson et al., 2005, McLaughlin, 2011, US Preventive Services Task Force, 2006, UK National Screening Committee, 2005, Berkman et al., 2015). A orientação de pais e profissionais que trabalham com a criança, bem como o treino parental efetuado por um TF tem-se mostrado eficaz e com boa relação custo-benefício em situações de PCL antes dos 3 anos de idade (Gibbard et al., 2004). No caso da intervenção em crianças com

PEA há, inclusive, uma diminuição do estado depressivo da mãe, se for esse o caso (McConachie e Diggle, 2007, UK National Screening Committee, 2005, Law et al., 2003, Law e Garrett, 2004). Para além disso, a maioria dos pais revela uma expectativa positiva em relação à intervenção em TF. Consideram que o seu filho conseguirá ter uma participação mais ativa na sociedade e em casa. Alguns pais esperam também que comportamento e estado emocional da criança melhore (Thomas-Stonell et al., 2009). Esta perceção confirma-se na prática, uma vez que a investigação científica indica que a intervenção em TF melhora o comportamento, estado social e emocional da criança (Law and Garrett, 2004, Heneker, 2005).

## **2. Detecção de Problemas de Comunicação e Linguagem nos Cuidados de Saúde Primários**

Neste subcapítulo destaca-se a importância do contributo dos CSP na deteção de PCL. Posteriormente efetua-se uma revisão dos procedimentos utilizados neste contexto para a deteção de problemas de desenvolvimento evidenciando-se os relacionados com comunicação e linguagem. Neste sentido, serão analisados programas de rastreio, avaliação formal e avaliação informal. Por fim, será abordada situação dos CSP portugueses no que respeita à sua rede e política de vigilância de saúde infantil.

### **2.1. Importância**

Os especialistas consideram que existem ferramentas para que as crianças com PCL possam ser identificadas precocemente. Consideram que os CSP se encontram numa situação ideal para o desencadeamento deste processo (Honigfeld et al., 2012, Sices et al., 2004). Um estudo controlado randomizado estabeleceu que o rastreio de PCL efetuado ao nível dos CSP em crianças de 2 anos de idade reduziu em 30% o número de crianças com futuros problemas de escrita e integradas na educação especial aos 8 anos de idade (Van Agt et al., 2011, EPIC, 2013). A deteção precoce de alterações de desenvolvimento neste contexto é possível e leva frequentemente a intervenções precoces bem-sucedidas (Weber e Jenni, 2012).

Os MF têm um contacto rotineiro com crianças antes dos 5 anos de idade, o que é ideal para a identificação de atrasos de desenvolvimento (Sices et al., 2003, Jeyendra et al., 2013). Para além disso, as políticas de saúde infantil a nível global têm refletido o

interesse dos MF em ir para além do modelo médico, adotando uma abordagem mais desenvolvimental da criança (Zaslow e Weitzman, 2006).

Geralmente, quando uma criança apresenta uma condição neurológica de base, ou sinais muito evidentes (com alterações significativas nas estruturas e funções do corpo), como ocorre, por exemplo, no caso da paralisia cerebral, da trissomia 21 e da surdez profunda, os diagnósticos são estabelecidos mais rapidamente, o que resulta num encaminhamento da criança para a IP, ou para outros serviços apropriados, mais cedo. Outras crianças com perturbações do desenvolvimento mais difíceis de diagnosticar, sem diagnóstico estabelecido ou mais moderado, são detetadas e encaminhadas mais tardiamente para esses serviços (Juneja et al., 2014, Sices e Fund, 2007). Os médios de CSP ou outros apenas detetam 19% destes problemas onde se incluem as perturbações de fala e linguagem. A sua maioria é identificada por outros profissionais quando a criança atinge a idade escolar (Sices e Fund, 2007). Apesar de ser mais difícil a identificação de problemas de desenvolvimento ligeiros a moderados, estes podem ser um importante indicador do desenvolvimento da criança e são os que apresentam melhores resultados após a intervenção. Para além disso, o seu tratamento precoce apresenta uma relação custo-benefício bastante favorável (Corrigan et al., 1996, DGS, 2013, Sices e Fund, 2007, Glascoe et al., 1997).

## **2.2. Procedimentos**

Embora atualmente haja consenso relativamente à importância do contributo dos CSP para a deteção de PCL e sua referenciação, os procedimentos para o fazer ainda não são unânimes. Dependem dos países e das respetivas políticas implementadas. De seguida serão apresentados os procedimentos enquadrados nas consultas de vigilância de saúde infantil para a deteção de problemas de desenvolvimento, onde se incluem os PCL: implementação de programas de rastreio; avaliação formal através da aplicação de testes formais; avaliação informal, incluindo os instrumentos baseados em marcos de desenvolvimento e respetivos sinais de alerta, o conhecimento de fatores de risco e protetores, a observação clínica e a entrevista clínica aos pais (Nelson et al., 2005, UK National Screening Committee, 2005, Castelhana e Oliveira, 2009, McLaughlin, 2011, DGS, 2013, US Preventive Services Task Force, 2015).

### **i. Programas de rastreio**

O rastreio é definido pelo Departamento de Saúde Pública de Inglaterra como “o processo de identificação de pessoas saudáveis, que possam estar em risco de uma doença ou condição”(Public Health England, 2013). Previamente à implementação de um programa de rastreio é necessário ter em conta critérios como ( Sence about Science, 2015):

- A doença deve ser relativamente comum e causar morte ou doença considerável e a sua prevalência, bem como os estádios iniciais devem ser bem conhecidos e identificáveis;
- O teste de rastreio deve estar disponível, ser seguro e apresentar um bom nível custo-eficácia. Deve haver consentimento da pessoa a quem se vai aplicar. Deve ser claro quanto às pessoas que irão ser referenciadas para posterior avaliação diagnóstica;
- Deve haver um indicador fiável de que a doença vá desenvolver na maioria dos casos;
- O tratamento deve ser bem estabelecido, eficaz e disponível;
- O custo (humano e financeiro) do rastreio e do possível tratamento deve ser calculado em função dos gastos caso não houvesse rastreio;
- A avaliação deve ser contínua e as evidências devem ser revistas constantemente.

Em 2005 a *UK National Screening Committee* analisou a possibilidade da realização de testes de rastreio de PCL, de acordo com os critérios de rastreio apresentados pelo Departamento de Saúde Pública de Inglaterra. Concluiu-se que os requisitos não eram cumpridos (Public Health England, 2015, Sence about Science, 2015). Não obstante, a existência de rastreio para a deteção de PCL foi considerada um tópico de extrema importância, que deveria continuar a ser alvo de análise, havendo possibilidade da sua realização (UK National Screening Committee, 2005).

Na Holanda, entre 1995 e 1996, esteve em vigor um programa de rastreio para atrasos de desenvolvimento de linguagem implementado nos CSP. O programa consistia na aplicação de um questionário de diagnóstico (*the VroegTijdige Onderkenning Ontwikkelingsstoornissen Language Screening instrument – VOT*) pelos MF aos pais de crianças com 15/18 meses de idade e depois aos 24 meses. As crianças com rastreio positivo eram encaminhadas para centros gratuitos de Audiologia e Terapia da Fala. Em 2007 foram comprovados os efeitos positivos do rastreio, uma vez que aos 8 anos de

idade havia menos crianças no grupo de rastreio com piores desempenhos académicos, nomeadamente ao nível da leitura e escrita, integradas na educação especial e com piores expectativas por parte dos professores. Porém, este tipo de programa de rastreio não foi testado em mais nenhum país. Atualmente o questionário está disponível, contudo não é utilizado a nível nacional. Esta prática está classificada como *Promissing Practice* pela *European Early Promotion Project* (EPIC, 2013). Mais recentemente, na Austrália, o governo implementou um plano de rastreio de problemas mentais para todas as crianças com três anos pelos MF. Apesar desta medida ser apoiada por alguns especialistas e peritos em saúde mental, tem sido alvo de críticas (Jeyendra et al., 2013). Todavia, os programas de rastreio efetuados de forma integrada com os CSP constituem um procedimento que melhora a saúde das crianças (Colver, 1990).

Em 2012 foi publicada uma declaração de consenso europeu para o rastreio da audição, visão e fala em crianças em idade pré-escolar e escolar, de forma a encorajar as autoridades competentes dos vários países da União Europeia a iniciarem programas de rastreio para problemas de comunicação em crianças desta faixa etária (Skarżyński and Piotrowska, 2012).

## **ii. Avaliação formal**

As dificuldades em encontrar medidas psicométricas fiáveis e sensíveis para os testes de desenvolvimento têm sido uma barreira à sua implementação e consequentemente ao rastreio de problemas de desenvolvimento, onde se incluem os PCL. Poucos profissionais em Portugal utilizam testes formais de rastreio, embora geralmente estes instrumentos apresentem uma sensibilidade e especificidade entre os 70% e os 90% e a avaliação informal detete menos de 30% dos casos (DGS, 2013, UK National Screening Committee, 2005). No entanto, importa referir que já existem investigações consideradas de boa qualidade, que referem testes de avaliação de linguagem com altos níveis de sensibilidade e especificidade. Contudo, estes não foram construídos para fins de rastreio, medem diferentes domínios e não foram estudados nos CSP (Nelson et al., 2005).

Em alguns países é recomendada a sua utilização em CSP enquanto outros referem não encontrar evidência para apoiarem este procedimento (Force, 2015, Department of Health, 2015). Atualmente, no Reino Unido o questionário *Ages and Stages*

*Questionnaire (ASQ) 3* foi adicionado ao *Healthy Child Programme*. A partir de abril de 2015 começou a ser aplicado aos pais de crianças entre os 2 e os 2,5 anos por enfermeiros nas visitas de vigilância (Department of Health, 2015). Nos EUA, também se recomenda que os pediatras de CSP utilizem testes formais para melhorar os resultados das consultas de vigilância. Neste país aproximadamente metade dos médicos recorre a instrumentos de rastreio (Council on Children with Disabilities, 2006, Sices et al., 2003). A *Canadian Task Force on Preventive Health Care* recomenda a utilização de guias de supervisão de saúde associados à aplicação de um teste formal de desenvolvimento como o *The Nipissing District Developmental Screen*, o ASQ ou o *Parent Evaluation of Developmental Status (PEDS)* (Dunfield et al., 2014). Na Austrália o MF também é incentivado a utilizar este tipo de instrumentos, nomeadamente o PEDS (Helth, 2014). Por outro lado, a *U.S. Preventive Services Task Force* considera que não existe evidência para a recomendação ou não da utilização de instrumentos de rastreio formais em CSP para deteção de atrasos de desenvolvimento de linguagem. Como vantagem defende que o processo do rastreio pode sensibilizar os médicos e os cuidadores para os marcos de desenvolvimento, tornando-os mais atentos à evolução da criança, promovendo um maior estado de vigilância, um maior envolvimento e um aumento da autoestima da criança. Contudo, destaca a possibilidade dos cuidadores e crianças poderem experienciar momentos de ansiedade e stresse durante o período de rastreio e/ou avaliação. Não obstante, esta entidade ressalva que a possibilidade de deteção de outros problemas durante o rastreio, como a surdez, é um benefício com valor inestimável, caso a criança seja devidamente acompanhada (Nelson et al., 2005, Force, 2015).

Em Portugal, surgiu em 2015, um instrumento de rastreio para problemas de linguagem e fala em crianças de idade pré-escolar (Rastreio de Linguagem e Fala – RALF). Este teste pode ser utilizado por pais/cuidadores e diversos profissionais do âmbito da educação e saúde, onde se incluem os MF e enfermeiros (UA\_online, 2015). Contudo, ainda não se sabe se está a ser utilizado, neste momento, no contexto dos CSP.

### **iii. Avaliação informal**

A maioria das avaliações de desenvolvimento, nomeadamente de PCL, nos CSP em países como Portugal e EUA é realizada informalmente, através da observação em contexto de consulta, da utilização de marcos de desenvolvimento e da entrevista clínica

com pais e/ou cuidadores (DGS, 2013, Sices et al., 2003, Alexander and Pion Kao, 1999, Glascoe, 1991). O guião desenvolvimental, onde se inclui a área comunicação e linguagem e os respetivos sinais de alerta, é muito utilizado em diversos países (Ontario College of Family Physicians, 2010, Practicioners, 2012, DGS, 2013). Considera-se que a utilização deste tipo de instrumento auxilia o médico a orientar a sua avaliação e a tomar decisões quanto à referenciação da criança, promovendo uma atitude pró encaminhamento, em vez de uma do tipo "esperar para ver" (Sices et al., 2003, DGS, 2013). Apesar das vantagens assinaladas, o recurso a instrumentos informais de marcos de desenvolvimento não fornece um valor normativo (Rourke et al., 2014, Helth, 2014, Practicioners, 2012).

O conhecimento de fatores de risco e protetores associados ao desenvolvimento da comunicação também pode contribuir para a deteção de problemas deste tipo. Os fatores de risco que têm sido mais consistentes na literatura são o historial familiar de atraso de fala ou linguagem, o sexo masculino e os riscos perinatais (prematividade e baixo peso). Também têm sido apontados outros menos consistentes como o nível educacional dos pais, as doenças na infância, a ordem de nascimento (mais tardio) e tamanho da família. Contudo, ainda não existe uma lista fidedigna, que tenha sido testada em CSP (Nelson et al., 2005).

Os pais são muitas vezes integrados no processo de avaliação através da entrevista clínica (McLeod e Harrison, 2009). Normalmente os pais são bons avaliadores do desenvolvimento e necessidade dos seus filhos, pelo que a sua opinião e preocupações devem ser valorizadas (Department of Health, 2009, Pinto, 2009). Numa investigação comprovou-se que 72% das crianças com resultados positivos de um rastreio de linguagem e fala, tinham pais com preocupações relativamente ao seu desenvolvimento de fala e linguagem. Por outro lado, 82% das que apresentavam resultados negativos tinham pais que não revelavam preocupações (Glascoe, 1991). Contudo, alguns médicos mostram ainda desconfiança relativamente às informações provenientes dos pais (Sices et al., 2003).

### **2.3. Em Portugal**

Atualmente, muitos países não apresentam obrigatoriedade de rastreio de PCL em contexto de CSP. Contudo, em Portugal, no Reino Unido, na Austrália, no Canadá e nos

Estados Unidos da América estão documentadas consultas de vigilância de saúde infantil, nas quais o desenvolvimento da criança, nomeadamente o da linguagem e comunicação é avaliado pelo MF, Pediatra de CSP e/ou pelo Enfermeiro (Wolfe e Mckee, 2013, Department of Health, 2009, Hagan et al., 2008, Ontario College of Family Physicians, 2010, American Academy of Family Physicians, 2015). Segue-se uma resumida descrição da rede de CSP em Portugal e da política de vigilância de saúde infantil onde é incluída a área da comunicação e linguagem.

### **i. Rede de Cuidados de Saúde Primários**

Em Portugal os CSP estão organizados por Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), cuja missão é garantir e prestar cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica. Fazem parte dos ACeS as seguintes unidades funcionais: Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidades de Saúde Pública (USP); Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP); Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidades de Saúde Familiar (USF) (Administração Central do Sistema de Saúde, 2016).

As UCSP e as USF constituem unidades de prestação de cuidados de saúde à população de forma personalizada. É nestas que têm lugar as consultas de vigilância de saúde infantil (Administração Central do Sistema de Saúde, 2016).

### **ii. Política de vigilância de saúde infantil**

Os CSP em Portugal apresentam como política de vigilância do desenvolvimento o PNSIJ presente na norma da Direção Geral de Saúde (DGS) de 2013. O primeiro programa com este intuito foi criado em 1992 e sofreu uma atualização em 2005, dando origem ao Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil, que é o antecessor do atual programa (DGS, 2013, DGS, 2005).

As sucessivas atualizações são decorrentes da análise das necessidades da sociedade numa determinada época, o que resulta na elaboração de medidas orientadoras para adequar as respostas na área da saúde infantil e juvenil. Assim, no mais recente programa de 2013 destacam-se duas importantes renovações, que espelham a preocupação crescente com o desenvolvimento infantil do ponto de vista social,

comportamental e académico. Um dos aspetos focados é a introdução de mais três *idades-chave* para consulta de vigilância:

Aos 5 anos com o objetivo de avaliar da existência de competências para o início da aprendizagem; aos 6/7 anos, para deteção precoce de dificuldades específicas de aprendizagem; aos 10 anos, para preparar o início da puberdade e a entrada para o 5.º ano de escolaridade.

Também é atribuída uma maior importância aos aspetos relacionados com o desenvolvimento infantil no que respeita às perturbações emocionais e do comportamento e aos maus tratos. Relativamente a este aspeto é referido na norma que em todas as consultas:

Sem prejuízo da observação completa da criança/jovem, são referidas, para cada consulta, as ações a efetuar tendo em vista a caracterização dos aspetos relacionais e a deteção precoce de situações rastreáveis, incluindo perturbações emocionais e do comportamento.

É destaca, ainda, a avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar, que devem fazer parte das preocupações de toda a equipa de saúde, sempre que se contacta com a criança/jovem/família. O PNSIJ preconiza ainda o trabalho em equipa (atuações multiprofissionais e interdisciplinares) e a articulação efetiva entre estruturas, programas e projetos, dentro e fora do setor da saúde. Também se pretende proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias.

Para a vigilância do desenvolvimento e saúde da criança são marcadas consultas em idades-chave de desenvolvimento infantil, sendo que no primeiro ano de vida a frequência de consultas é maior e depois vai diminuindo à medida que a idade vai aumentando. No total está prevista a realização de 18 consultas dos 0 aos 18 anos: 6 consultas no 1º ano de vida; 5 consultas dos 12 meses aos 3 anos; 4 consultas dos 4 aos 9 anos; 3 consultas dos 10 aos 18 anos (DGS, 2013).

O MF tem ao seu dispor, no PSNIJ, um quadro com parâmetros orientadores a seguir durante a consulta de saúde infantil para cada idade-chave, onde se inclui a avaliação do desenvolvimento e linguagem. Estes parâmetros são baseados na Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada (EADMSM), que é um instrumento com marcos de desenvolvimento e sinais de alerta para a visão e motricidade fina, audição e linguagem, postura e motricidade global e comportamento e adaptação social. É usada há várias décadas e integra atualmente os sistemas informáticos dos CSP, desde o recém-nascido até aos 5-6 anos de idade. Para além desta

escala, o quadro com os parâmetros remete o MF para as ações relacionadas com o rastreio auditivo neonatal (RANU) do Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil (GRISI), de acordo com a faixa etária da criança. Aos 18 meses os MF são aconselhados a aplicarem o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT). Este teste constitui um questionário referente ao desenvolvimento e comportamento utilizado em crianças dos 16 aos 30 meses, com o objetivo de rastrear as PEA. Na norma não são referidos valores estatísticos psicométricos. Adverte-se apenas para a possibilidade de existência de vários falsos positivos (GRISI, 2007, Saúde, 2005, DGS, 2013).

De acordo com os parâmetros do PNSIJ os MF têm ainda disponíveis indicações para a verificação de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus tratos, sendo remetidos para o guia “Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” da DGS.

Depois do quadro com os parâmetros, segue-se um com cuidados antecipatórios, ou seja, com as recomendações de educação para a saúde importantes de serem transmitidas aos pais/cuidadores em cada idade-chave. Os cuidados antecipatórios integram um conjunto de sugestões relacionadas com a saúde e desenvolvimento das crianças. Este aconselhamento pode ocorrer em diferentes contextos, como por exemplo, durante as consultas, nas informações disponíveis na sala de espera, através da distribuição de material informativo ou em sessões de informação/educação para a saúde dirigidas aos pais ou outros prestadores de cuidados. Algumas destas ações poderão ainda ser dinamizadas pela Saúde Escolar, envolvendo ativamente as crianças, jovens e famílias. Como forma de promover a educação para a saúde, os pais também têm disponível informação sobre o desenvolvimento infantil no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) ou no eBoletim.

Analisando toda a informação disponível na norma da DGS para a avaliação da linguagem e comunicação pelo MF, é perceptível que dos 0 aos 3 anos, ou seja, para as consultas do 1º ano de vida e dos 12 meses aos 3 anos, existe uma quantidade maior de indicadores aos quais os médicos devem estar atentos. Para além disso, é evidente uma maior quantidade de sinais de alerta e de cuidados antecipatórios.

A partir dos 3 anos (inclusive), as informações disponíveis são mais escassas, nomeadamente no que respeita à linguagem e a dificuldades de aprendizagem. Com a chegada à idade limite da EADMSM (5/6 anos de idade), as orientações diminuem

bastante. Assim, é evidente a preocupação com a deteção o mais precoce possível de perturbações de desenvolvimento infantil, nomeadamente de audição e linguagem. Esta preocupação traduz-se também na recomendação de encaminhamento de crianças com suspeita de problemas de desenvolvimento para o SNIPI.

Contudo, a maioria das avaliações ocorre de um modo informal, o que constitui um método menos eficaz para a deteção de casos problemáticos de desenvolvimento. Assim, a norma refere que é essencial assegurar a formação e uniformização de critérios de avaliação, para que os profissionais de saúde em CSP possam contribuir mais efetivamente (DGS, 2013).

### **3. Referenciação de Problemas de Comunicação e Linguagem pelo Médico de Família**

Após a deteção do PCL é necessário proceder à sua referenciação. Todavia, este procedimento depende da tomada de decisão do MF, o que origina, por vezes uma décalage entre o momento em que ocorre a suspeita e o do encaminhamento (McLaughlin, 2011, Sices e Fund, 2007). Neste subcapítulo serão abordados alguns aspetos no que respeita ao estado de arte da referenciação proveniente dos CSP, destacando-se a situação de Portugal. Depois serão explorados os fatores inerentes à tomada de decisão do MF quanto à referenciação de PCL e à sua perceção relativa a este processo.

#### **3.1. A referenciação**

Para que ocorra a referenciação é necessário que os MF conheçam as possibilidades de encaminhamento e os procedimentos envolvidos (Silverstein et al., 2006). Cada país ou estado tem à disposição os canais de referenciação possíveis para que as crianças identificadas com PCL possam ser avaliadas e apoiadas pelos devidos serviços e profissionais precocemente (DGS, 2013, Department of Health, 2009, Center for Parent Information and Resources, 2014). A *American Academy of Pediatrics* defende que uma abordagem compreensiva do estado de saúde da criança inclui a coordenação entre serviços e a interação com os programas de IP (Silverstein et al., 2006). Em Portugal, a colaboração estreita entre serviços ou níveis de cuidados é considerada indispensável no processo de referenciação e encaminhamento. O PNSIJ recomenda que as referenciações de crianças com problemas de desenvolvimento sejam efetuadas para o

SNIPi (DGS, 2013). O funcionamento deste sistema será um pouco mais aprofundado mais à frente neste trabalho.

Apesar das recomendações serem no sentido de uma referenciação precoce, a idade com que as crianças com PCL são referenciadas para os serviços parece elevada. Um estudo efetuado na Suécia revelou que a média de referenciação de crianças com PCL para um centro de reabilitação é de 64 meses, enquanto as crianças com problemas de movimento são referenciadas 35,6 meses mais cedo (Tuominen-Eriksson et al., 2013). Em Portugal, mais propriamente no distrito do Porto, um estudo efetuado num serviço de IP determinou que a média de idade de encaminhamento de PCL era de 40,2 meses, embora a média de idades de encaminhamento de problemas de desenvolvimento pelos MF fosse de 33,6 meses (Peixoto, 2007). Estas idades são consideradas tardias tendo em conta que se recomenda que a intervenção inicie antes dos 3 anos de idade (Tuominen-Eriksson et al., 2013).

Os especialistas de desenvolvimento infantil incentivam cada vez mais a articulação entre os CSP e os serviços de IP. Porém, parece haver um baixo nível de referenciação por parte dos CSP (Silverstein et al., 2006, Jimenez et al., 2014). Este paradoxo também se verifica em Portugal, embora hajam poucos estudos (Castelhana e Oliveira, 2009, Franco e Apolónio, 2011, Pinto, 2009). Tenha-se como exemplo uma investigação conduzida no Alentejo, na qual os autores encontraram uma percentagem de 9,9% das crianças referenciadas para os serviços de IP pelos CSP, o que se considera abaixo do que seria de se esperar (Peixoto et al., 2011). Também num serviço de IP do distrito do Porto, foi encontrada uma percentagem de 8,9% de encaminhamentos dos CSP por motivos de PCL. Todavia, verificou-se que esta percentagem era bastante superior aos restantes motivos de encaminhamento de problemas de desenvolvimento (1%) (Peixoto, 2007).

Apesar do PNSIJ recomendar a colaboração com o SNIPi, outro destino de referenciação possível dos CSP são os cuidados de saúde secundários. Santos et al. (2011) realizaram um estudo em Viseu, no qual foram analisadas as referenciações provenientes de duas USF da mesma zona para a consulta de pediatria do hospital. Embora os PCL sejam os problemas de desenvolvimento mais prevalentes, a percentagem de referenciação por suspeita de PHDA foi bastante superior. Para além disso, verificou-se que a referenciação dos problemas de desenvolvimento foi

maioritariamente motivada pelos pais e pela escola/infantário. Pelo contrário, quando o problema era do tipo somático, a iniciativa foi maioritariamente dos MF. Os autores consideram que estas diferenças podem ser explicadas, entre outros motivos, pelo pouco contacto do MF com as crianças, uma vez que o intervalo de tempo entre as consultas recomendado pelo PNSIJ é elevado e pela marcação de consultas, para além das estabelecidas no PNSIJ, apenas por motivos somáticos (Santos et al., 2011, McLaughlin, 2011, Nelson et al., 2005). No estudo de Peixoto (2007) também é evidente que a maioria dos problemas de PCL são referenciados para a IP pelos pais e educadores.

Segundo McLaughlin (2011), quando existe uma suspeita de atraso de fala e linguagem em CSP a criança deve ser encaminhada para TF ou um programa de intervenção precoce local, e para um audiólogista (McLaughlin, 2011). Considera que este procedimento é importante, uma vez que é necessário clarificar o diagnóstico da criança e a necessidade de intervenção. Num estudo realizado na Suécia concluiu-se que há um nível baixo de concordância entre os diagnósticos de desenvolvimento preliminares (PCL inclusive) dos profissionais de saúde (MF inclusive) com os diagnósticos efetuados pelas equipas de centros de reabilitação. Estas equipas são multidisciplinares e integram a valência de TF (Tuominen-Eriksson et al., 2013). Assim, quando é efetuada a referenciação deve existir um serviço de especialistas que providencie uma avaliação rápida das referenciações, para que as crianças com problemas efetivos possam ser identificadas e avaliadas rapidamente (UK National Screening Committee, 2005). No que respeita aos PCL, os TF são os profissionais mais indicados para avaliar a necessidade e o tipo de intervenção mais apropriado para cada caso. A opinião deste profissional sobre o funcionamento comunicativo das crianças parece ser o seu preditor linguístico mais significativo. Assim, será sensato pedir a colaboração do TF quanto à necessidade de intervenção (McLaughlin, 2011, UK National Screening Committee, 2005).

#### **i. SNIPI**

O SNIPI teve na sua origem a Convenção das Nações Unidas dos Direitos das Crianças e no Plano de Ação para a Integração de Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009. Considera-se que este é um sistema que assegura todos os direitos à participação e à inclusão social, sendo uma prioridade de uma política governamental que se compromete com a qualidade da democracia e dos seus valores de coesão social (SNIPI,

2016). O seu surgimento é consagrado em 2009, com a criação do Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro, do qual consta a seguinte descrição:

“O SNIPI (...) consiste num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento.

Este é um sistema que resulta da ação conjunta e coordenada dos Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, com a colaboração das famílias e comunidade. É através do mesmo que é garantida a IPI à criança e sua família enquadrada na vertente educativa, da saúde e da ação social. Assim, segundo o próprio SNIPI (2016):

A operacionalização do SNIPI pressupõe assegurar um sistema de interação entre as famílias e as instituições e, na primeira linha, as da saúde, para que todos os casos sejam devidamente identificados e sinalizados tão rapidamente quanto possível (SNIPI, 2016).

O SNIPI abrange crianças, até aos 6 anos de idade, e respetivas famílias de todo o país, com alterações ou risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo (SNIPI, 2016). Para serem elegíveis para o apoio no âmbito deste sistema, devem ser incluídas num dos seguintes grupos criados com base na CIF (SNIPI, 2010):

1. “Alterações nas funções ou estruturas do corpo” que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, para a respetiva idade e contexto social;
2. “Risco grave de atraso de desenvolvimento” pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança.

Do primeiro grupo fazem parte as crianças com atraso de desenvolvimento numa ou mais áreas (motora, física, cognitiva, da linguagem e comunicação, emocional, social e adaptativa) sem etiologia conhecida. Também integra condições específicas associadas a um diagnóstico relacionado com atraso de desenvolvimento, como trissomia 21, paralisia cerebral, baixa visão/cegueira, surdez, síndrome fetal alcoólico, tumores do sistema nervoso central, PEA, perturbações grave da vinculação entre outras.

Do segundo grupo fazem parte as crianças expostas a fatores de risco biológico, que poderão vir a manifestar limitações na atividade e participação devido situações como história familiar de anomalias genéticas associadas a problemas de desenvolvimento, exposição intrauterina a tóxicos, complicações pré-natais severas, prematuridade (inferior a 33 semanas de gestação), muito baixo peso à nascença, complicações neonatais, infeções congénitas, traumatismos cranianos graves, otite média crónica com risco de défice auditivo, entre outras. Também são incluídas as crianças expostas a fatores de risco ambiental por motivos parentais (por exemplo, mães adolescentes, abuso de álcool, maus-tratos ativos, doenças do foro psiquiátrico, doença física incapacitante ou limitativa) ou contextuais (por exemplo, isolamento, pobreza, desorganização familiar, preocupações acentuadas relativamente ao desenvolvimento da criança, ao estilo parental ou à interação mãe/pai-criança manifestadas por um dos pais ou cuidadores).

Cumprem os critérios de elegibilidade para o SNIPI todas as crianças do primeiro grupo e as crianças do 2º grupo que acumulem 4 ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental.

Qualquer pessoa pode referenciar uma criança para o SNIPI, incluindo os pais, enfermeiros, professores e MF. Para tal basta preencher a “Ficha de Referenciação da Criança” ou a “Ficha de Referenciação que se encontra disponível nos sistemas de informação do Ministério da Saúde” disponíveis em <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia.aspx>.

A definição da elegibilidade será realizada após a avaliação da situação por parte dos profissionais das Equipas Locais de Intervenção Precoce (ELI). Estas equipas, de caráter multidisciplinar (devem incluir MF, pediatras, enfermeiros, psicólogos, TF, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, educadores de infância, entre outros), atuam de forma transdisciplinar nos contextos das crianças e suas famílias. Assim, caso se considere que a família e criança devem integrar o SNIPI é elaborado um PIIP, onde são contempladas todas as necessidades da família (ANIP, 2016, SNIPI, 2016).

### **3.2. O Médico de Família e a tomada de decisão**

Segue-se a revisão de alguns aspetos relacionados com a tomada de decisão da referenciação de problemas de desenvolvimento por parte do MF e da sua perceção sobre este processo. Assim, serão analisadas as perceções sobre o seu papel e sobre condições que podem ser consideradas barreiras ou facilitadores no processo. Também serão abordadas as recomendações da literatura relativamente a comportamentos de referenciação em CSP no caso de haver suspeitas de PCL.

#### **i. Perspetiva quanto ao seu papel**

Os MF, médicos de clínica geral (MCG) e pediatras de CSP<sup>1</sup> parecem ter uma opinião favorável relativamente aos cuidados de saúde infantis preventivos. A maioria dos médicos australianos acreditam que desempenham um papel importante na prestação deste tipo de cuidados, incluindo a avaliação do desenvolvimento, a discussão de problemas comportamentais e o fornecimento de informações aos pais no que respeita às suas preocupações (Jeyendra et al., 2013). Nos EUA, a sua maioria refere dedicar-se à deteção precoce de problemas de desenvolvimento (Sices et al., 2003). Contudo, parecem revelar algum desconhecimento acerca do processo de referenciação, o que em última instância, origina um nível de referenciação abaixo do esperado (Silverstein et al., 2006).

Os MF sentem-se menos preparados para lidar com a população com problemas do foro cognitivo, comportamental ou mental, o que pode ser devido à falta de preparação académica e pós-graduada (Fredheim et al., 2013). A formação integrada no curso de medicina ou adicional, sobre o desenvolvimento da criança e problemas associados, melhora a perceção dos médicos em relação à sua capacidade para o tratamento destes problemas, mais especificamente no seu diagnóstico e na adequação de estratégias para a sua intervenção (Horwitz et al., 2010, Laraque et al., 2009, Senecky et al., 2007). Com efeito os pediatras de CSP, que têm mais formação na área da saúde infantil, referenciam mais crianças com problemas de desenvolvimento do que os MF (Sices et al., 2004). Ainda assim, a área do desenvolvimento parece ser a que suscita mais dúvidas a estes

---

<sup>1</sup> Em alguns países como os Estados Unidos da América, Austrália ou Israel há pediatras que trabalham especificamente em Cuidados de Saúde Primários. Em Portugal, tal como noutros países, existem médicos de família e médicos de clínica geral que trabalham em Cuidados de Saúde Primários.

profissionais, provocando ao mesmo tempo interesse no aprofundamento do seu conhecimento. Num estudo realizado em Israel, observou-se que o nível de satisfação dos pediatras de CSP relativamente ao seu papel com crianças com problemas desenvolvimentais, comportamentais e emocionais, relacionava-se positivamente com a satisfação com o treino recebido, com as atualizações na área do desenvolvimento, com a satisfação com os serviços que prestam cuidados a estas crianças, com a possibilidade de poderem prescrever metilfenidato a crianças com PHDA e com a conclusão de estudos num país em que há um investimento formativo na área do desenvolvimento infantil (Senecky et al., 2007).

## **ii. Trabalho de equipa e articulação entre serviços**

A colaboração entre os MF e outros profissionais e serviços é importante. O trabalho em equipa é uma prática recomendada no âmbito da IP, sendo um pilar para o adequado funcionamento da mesma. A articulação entre serviços e profissionais é indispensável ao acompanhamento fornecido a cada criança/família, bem como à resposta às suas necessidades (SNIPI, 2016). Contudo, alguns estudos revelam que este processo se tem revelado deficitário. A comunicação entre profissionais é limitada, o que se verifica no processo de referenciação (Jeyendra et al., 2013, Santos et al., 2011).

Os MF devem ter acesso e conhecimento dos vários serviços disponíveis para o encaminhamento do paciente. No entanto, um estudo australiano revelou que a maioria dos MCG sentia-se limitada no processo de referenciação, uma vez que considerava que existia pouca articulação entre serviços e falta de *feedback*. Manifestaram que gostariam de receber mais respostas dos serviços para onde referenciam os seus pacientes (Jeyendra et al., 2013). Em Portugal, acerca deste problema, Santos et al. (2011) referem o seguinte relativamente ao encaminhamento para os hospitais:

A inexistência de informação de retorno limita a prestação de cuidados prestados pelo MF, podendo levar a tratamentos inadequados, prestação de informação contraditórias ao doente, encaminhamento inadequado para o serviço de urgência e solicitação de novas consultas, o que resulta numa inadequada gestão dos recursos.

Para que haja uma deteção mais precoce de problemas de desenvolvimento, sugerem a integração de psicólogos em todas as unidades de CSP para realizar uma avaliação

formal nas idades-chave recomendadas pelo PNSIJ, admitindo que este tipo de recurso é claramente insuficiente (Santos et al., 2011).

### **iii. Fatores que influenciam a tomada de decisão**

Nos EUA os MF apresentam uma maior tendência para encaminhar mais cedo crianças com problemas motores isolados do que crianças com atrasos de fala e linguagem. Encaminham com mais frequência crianças com atrasos de desenvolvimento severos e referenciam preferencialmente crianças mais velhas do que mais novas (Sices et al., 2004). Neste país os médicos de CSP consideram que a existência de um diagnóstico estabelecido é importante para a referenciação da criança para a IP. Os que são desta opinião referenciam menos crianças para a IP em situações frequentes, como quando há preocupação dos pais com o desenvolvimento dos filhos ou no caso de suspeita de atraso de fala e linguagem. Contudo, os critérios de elegibilidade para estes serviços não requerem um diagnóstico médico estabelecido, tal como ocorre em Portugal. Assim, estas perceções podem revelar algum desconhecimento dos médicos quanto ao processo de referenciação (Silverstein et al., 2006, SNIPI, 2010). Todavia, no mesmo estudo foi evidente que o conhecimento dos critérios de elegibilidade para a IP não influenciou a probabilidade dos médicos efetuarem a referenciação para este sistema (Silverstein et al., 2006).

A idade e o sexo da criança que apresenta sinais de PCL pode também ser um fator que influencia a referenciação. Nos EUA solicitou-se a participação de MF e pediatras de CSP para analisarem vinhetas hipotéticas baseadas nos percentis do *Denver-II*, onde estavam descritos casos de crianças com problemas de desenvolvimento. Um dos aspetos estudado foi o dos problemas de linguagem. Concluiu-se que uma criança do sexo feminino com um atraso da linguagem expressiva apresentava 60% mais de probabilidade de ser encaminhada para um audiolologista do que um rapaz com a mesma suspeita. Com 18 meses, 40% dos médicos referenciaria as crianças para os serviços de IP e 24% não realizaria qualquer tipo de encaminhamento. Com 27 meses, 70% dos médicos referenciaria a mesma criança para serviços de IP, enquanto 6% não efetuariam nenhum tipo de encaminhamento (Sices et al., 2004). Esta tendência para referenciar crianças com PCL mais tarde também foi verificada no estudo inicial de Shonkoff et al. em 1979, no qual 43% dos pediatras referiram que referenciariam uma criança de 2,5 anos de idade que falasse em palavras isoladas, mas não em orações de 3 palavras e 91%

referenciaria esta criança aos 3 anos de idade. Passados 15 anos, a replicação deste estudo revelou que 83% dos médicos referenciarão esta criança hipotética aos 2,5 anos de idade, revelando um ligeiro crescimento da consciencialização por parte destes profissionais quanto à referenciação em idades mais precoces (Dobos Jr et al., 1994).

Ainda no estudo de Sices et al. (2004) concluiu-se que a preocupação dos pais com o desenvolvimento motor da criança não influenciou significativamente a decisão do médico para a referenciação. Contudo, os autores sugerem que este resultado pode dever-se ao facto de terem usado um problema motor e não comportamental para testarem esta variável. Para além disso, alguns MF são mais sensíveis do que outros à pressão por parte do paciente para realizar uma referenciação (Armstrong et al., 1991). Também foi evidente que os médicos referenciam com mais probabilidade uma criança com comportamentos de evitamento do que disruptivos, o que pode estar relacionado com o grande investimento que se tem feito no conhecimento dos sinais do autismo (Sices et al., 2004).

#### **iv. Comportamentos e atitudes perante a suspeita**

O comportamento dos médicos perante os problemas de desenvolvimento tem sofrido alterações. Num estudo retrospectivo decorrido num espaço de 15 anos observou-se que os pediatras de CSP começaram a solicitar ajuda de outros profissionais para a avaliação de problemas de desenvolvimento, nomeadamente de linguagem, com mais frequência. Também passaram a apresentar uma maior tendência para articular com a escola e referenciar crianças com problemas mais precocemente (Dobos Jr et al., 1994).

Na Austrália, apesar da maioria dos médicos dar prioridade à prevenção, há alguma variabilidade no que respeita à valorização de atitudes perante a saúde da criança. Os médicos que afirmavam querer detetar os problemas precocemente demonstravam uma atitude mais proactiva perante o bem-estar da criança. A maioria dos médicos considerava-se mais oportunista no que respeita à vigilância da audição e da linguagem, aproveitando os momentos em que a criança tinha uma consulta programada de imunização, um episódio de doença ou quando havia uma consulta por iniciativa da mãe. Esta é a abordagem mais comum no contexto de CSP e a mais recomendada pelas *guidelines* na Austrália (Jeyendra et al., 2013).

Após a suspeita de atraso de desenvolvimento de fala e linguagem, pode ser apropriado realizar-se um acompanhamento mais próximo da criança. Contudo, deve-se recorrer a esta abordagem com cuidado, uma vez que dois terços das crianças com menos de 3,5 anos, com este tipo de problema, irão necessitar de TF após um ano sem intervenção. Não há forma de saber quais as crianças que vão melhorar com uma abordagem isolada do tipo “observar e esperar”. A opinião do TF pode contribuir para este conhecimento (McLaughlin, 2011, Westerlund e Sundelin, 2000). Para além disso, com a adoção de uma atitude mais passiva e tranquilizadora, há o risco de referenciação mais tardia da criança com problemas (Zuckerman et al., 2015). Este tipo de abordagem não deve ser utilizada quando os pais estão muito preocupados. Também se recomenda que as crianças que parecem não conseguir compreender a fala a partir dos dois anos devam ser encaminhadas imediatamente (UK National Screening Committee, 2005). É importante que o médico não seja influenciado com dizeres comuns como “a criança vai falar quando for para a creche”. Sugere-se a referenciação atempada como forma de confirmar as suspeitas (Pinto, 2009).

#### **v. Informar os pais**

Apesar das consultas de saúde infantil serem dirigidas à criança, na grande maioria das vezes e durante a maior parte do tempo, a entrevista médica é efetuada apenas entre os pais e o médico (Tates e Meeuwesen, 2000, Tates e Meeuwesen, 2001, Tates et al., 2002, Howells e Lopez, 2008). Assim, é importante ter uma abordagem compreensiva e realizar a avaliação em parceria com os pais. Para tal, os profissionais de saúde necessitam de saber ouvir, orientando as perguntas necessárias. Uma entrevista motivacional, com recurso às áreas fortes da criança e família, podem ser métodos úteis (McLeod e Harrison, 2009).

A educação para saúde aos pais, na forma de cuidados antecipatórios, parece ser uma das bandeiras da vigilância de saúde infantil (Jeyendra et al., 2013, DGS, 2013, Nunes e Ayala, 2010). A opinião do médico e os cuidados antecipatórios constituem uma importante fonte de aconselhamento para os pais no que respeita à educação e desenvolvimento dos seus filhos, promovendo um melhor funcionamento familiar (Nunes e Ayala, 2010, Jeyendra et al., 2013). Contudo, nos estudos analisados, verifica-se que os pais sentem vontade de receber mais informação do seu médico e de serem mais envolvidos nas decisões de tratamento. Também sentem que as suas preocupações

são desvalorizadas (Bethell et al., 2004, Morelli et al., 2014). De facto, parece haver uma discrepância entre as preocupações dos pais e a sua confirmação por médicos e enfermeiros, sendo que, por vezes, os pais apresentam mais preocupações do que aquelas que são confirmadas por estes profissionais (Reijneveld et al., 2008).

No caso da criança não atingir os marcos de desenvolvimento esperados para a comunicação, é importante evitar fazer um diagnóstico específico até que a avaliação formal esteja completamente concluída (McLaughlin, 2011, Pinto, 2009). McLaughlin (2011) considera que, caso haja um diagnóstico, os pais devem ser assegurados de que serão apoiados por profissionais especializados. Para além disso, o MF poderá destacar as evoluções da criança desde a consulta anterior, em vez de apenas referir o estado atual da criança baseado nos marcos de desenvolvimento que não atingiu. O MF pode também centrar-se no que poderá ajudar os pais a promover o desenvolvimento do seu filho(a). A recomendação de livros e Websites sobre o desenvolvimento das capacidades comunicativas da criança é uma boa estratégia (McLaughlin, 2011, Pinto, 2009).

#### **vi. Barreiras identificadas pelos Médicos de Família**

Seguem-se as barreiras ou dificuldades identificadas pelos MF e pediatras de CSP para a identificação e referenciação precoce de crianças com problemas de desenvolvimento, nos quais se inserem os PCL. Em primeiro lugar apresentam-se as relacionadas com os instrumentos de rastreio, no caso de ser essa a recomendação do país:

- Tempo elevado de aplicação dos instrumentos, ou falta de tempo para os aplicar (Morelli et al., 2014, Sices et al., 2003);
- Falta de remuneração para a aplicação dos instrumentos (Morelli et al., 2014, Sices et al., 2003, Sices e Fund, 2007);
- Falta de conhecimentos relativos aos instrumentos (Morelli et al., 2014, Sices et al., 2003, Sices e Fund, 2007);
- Desconfiança relativamente aos questionários respondidos pelos pais (Sices et al., 2003);
- Dificuldade de alguns pais em compreenderem os questionários (Jimenez et al., 2014).

Relativamente ao processo de referenciação de crianças com problemas de desenvolvimento, os médicos de CSP também identificam as seguintes barreiras:

- Tempo de duração da consulta insuficiente para a realização otimizada de todos os procedimentos (Jeyendra et al., 2013);
- Dificuldades financeiras das famílias para aceder a todas as práticas recomendadas (Jeyendra et al., 2013)
- Ausência de outros profissionais de saúde durante o processo de avaliação (Sices et al., 2003, Santos et al., 2011);
- Falta de comunicação entre serviços e feedback deficitário ou inexistente (Santos et al., 2011, Jeyendra et al., 2013);
- Falta de serviços apropriados para a referenciação das necessidades identificadas (Sices e Fund, 2007);
- Falta de conhecimento ou dificuldade de acesso a serviços para prestação de cuidados a crianças com problemas de desenvolvimento (Jeyendra et al., 2013);
- Falta de um sistema estruturado de referenciação (Sices e Fund, 2007);
- Falta de preparação médica na área do desenvolvimento e das necessidades da criança e família (Sices e Fund, 2007);
- Tempo de espera elevado para marcação de consulta a nível hospitalar (Santos et al., 2011);
- Falta de confiança nas informações fornecidas pelos pais e nos seus conhecimentos sobre desenvolvimento (Morelli et al., 2014);
- Reticência dos pais relativamente à referenciação (Jimenez et al., 2014);
- Desconforto em discutir resultados positivos de um rastreio com a família (Sices e Fund, 2007).

Num estudo realizado em 11 países europeus, nos quais não se inseria Portugal, foram analisados os conhecimentos e atitudes dos MF face à implementação de medidas de prevenção relacionadas com a saúde. Este estudo não incluía os problemas de linguagem e comunicação em crianças, mas foi possível verificar que, embora os MF concordem com estas medidas, uma parte significativa não as implementa devido a barreiras relacionadas com o elevado número de pacientes na agenda/falta de tempo e com a falta de pagamento para a realização deste tipo de atividades (Brotons et al., 2005).

Num estudo realizado nos EUA os pais de crianças encaminhadas para a IP, bem como as equipas destes serviços, foram questionados relativamente às barreiras à referenciação que consideravam existir por parte dos médicos. Os pais referiram problemas de comunicação com o pediatra, como a sua tranquilização em situação de preocupação e a falta de compreensão do processo de referenciação. Alguns pais achavam-se peritos no desenvolvimento dos seus filhos e consideravam que deviam decidir se o seu filho frequentava os serviços de IP ou não. Algumas famílias preferiam que o problema de desenvolvimento se resolvesse sem terem de procurar os serviços de IP. A equipa referiu que alguns pais evitavam os serviços de IP, porque pensavam que eram serviços de proteção de crianças. Destaca-se que 80% destas crianças tinham sido avaliadas por estes serviços por suspeita de problemas de linguagem com uma média de referenciação de 16,7 meses (Jimenez et al., 2012).

Todavia, também são encontrados facilitadores do processo como a existência de um sistema de referenciação para a IP, que permita o contacto direto entre o médico e este serviço. Nos EUA os pediatras referem que quando enviam uma referenciação por fax é mais eficiente do que quando incumbem os pais de o fazer, uma vez que este processo é mais direto, havendo menos probabilidade do documento se extraviar (Jimenez et al., 2014).

Os MCG australianos gostariam que houvesse uma melhoria de comunicação entre os mesmos e outros serviços. Também sugerem que haja um aumento do número de serviços de saúde na comunidade, como uma enfermagem comunitária e o acesso a técnicos de diagnóstico e terapêutica como o TF. Uma das soluções encontradas para o problema do tempo de consulta de vigilância de saúde infantil na Austrália foi a solicitação de colaboração dos enfermeiros. Estes profissionais informam os pais acerca de várias questões importantes, como por exemplo, relacionadas com a higiene oral e a amamentação. Para além disso, estes médicos têm requerido formação adicional como forma de colmatar a falta de preparação sentida pelos mesmos (Jeyendra et al., 2013).

Outra solução para o problema do tempo é o preenchimento prévio de questionários, como o M-CHAT, pelos pais. A cotação é depois efetuada por um assistente disponível nos CSP. Quando a criança entra na consulta, o médico já tem acesso aos resultados, podendo orientar mais facilmente a consulta e discutir eventuais resultados positivos com os pais (Honigfeld et al., 2012).

## **CAPÍTULO II – MÉTODO**

Neste capítulo será descrito o método utilizado para esta investigação. Primeiro serão referidos os objetivos do estudo e as questões de investigação. Depois, será descrito o desenho de investigação e o instrumento de recolha de dados. Posteriormente, serão apresentados os participantes do estudo. Por fim, será descrito o método para a recolha de dados e procedimentos adotados, bem como o método de análise e tratamento de dados.

Importa referir que o método apresentado não foi o inicialmente delineado. Primeiramente foram planeadas duas componentes do estudo: uma relacionada com a obtenção de perceções dos MF quanto ao processo de referenciação e outra relativa à recolha de dados das ELI do distrito de Viseu, acerca da referenciação de crianças com PCL para as mesmas, incluindo as do MF. Apesar de terem sido efetuadas todas as diligências respeitando-se o cronograma, não foram obtidas respostas por parte da subcomissão de Coordenação Regional do Centro do SNIPI em tempo útil ao término deste trabalho. Desta forma, apenas foi possível proceder à parte da investigação dirigida aos MF, uma vez que, para a parte restante seria necessária a autorização e colaboração do SNIPI. Para além disso, também não foi possível recolher os dados da amostra respeitante aos MF como inicialmente se tinha planeado. Apesar do Diretor Executivo do ACeS Dão-Lafões ter respondido prontamente, informou que a sua colaboração teria de ser autorizada pela Administração Regional de Saúde (ARS) Centro. Mais uma vez, apesar de ter sido efetuada a devida solicitação de autorização, a resposta não iria surgir em tempo útil. Assim, considerando o prazo estabelecido para o fim desta investigação, não foi possível dar continuidade ao plano inicialmente estabelecido. Em consequência, houve necessidade de reestruturação do desenho de investigação, nomeadamente das questões de investigação, dos objetivos, bem como do método de recolha de dados, os quais são de seguida apresentados.

### **1. Objetivos do Estudo e Questões de Investigação**

Este estudo tem a finalidade de compreender qual o contributo que os MF consideram ter quanto à referenciação precoce de crianças com PCL em Portugal e quais os fatores que podem influenciar a referenciação destas crianças.

Assim, definiram-se os seguintes objetivos gerais:

- Descrever o perfil do MF em Portugal no que concerne à referenciação de PCL;
- Identificar os fatores que podem influenciar os MF a referenciar crianças com PCL.

As questões de investigação são apresentadas de seguida, bem como os objetivos específicos que se definiram:

1. Qual o perfil do MF no que respeita à referenciação de crianças com PCL?
  - 1.1. Descrever a satisfação dos MF quanto ao processo de referenciação e aos seus conhecimentos e capacidades para detetar e referenciar crianças com PCL.
  - 1.2. Descrever a frequência de utilização de instrumentos de avaliação durante as consultas de saúde infantil e a frequência referências para serviços externos, consideradas pelos MF.
  - 1.3. Descrever a importância atribuída pelos MF ao seu papel, ao papel do TF e ao trabalho em equipa na deteção e referenciação de crianças com PCL.
  - 1.4. Descrever a importância atribuída pelos MF a comportamentos e atitudes relacionados com a deteção de crianças com PCL.
  - 1.5. Descrever o interesse pessoal e profissional que os MF consideram ter na área do desenvolvimento da comunicação e linguagem;
  - 1.6. Compreender se as variáveis sociodemográficas (sexo, condição profissional, tipo de instituição de trabalho e anos de experiência) se relacionam com a perspetiva do MF.
2. Quais os fatores que podem influenciar a tomada de decisão do MF quanto à referenciação de crianças com PCL?
  - 2.1. Descrever os principais fatores que podem influenciar a tomada de decisão do MF quanto à referenciação de crianças com PCL.
  - 2.2. Identificar as principais barreiras inerentes ao processo de referenciação de crianças com PCL, reconhecidas pelos MF.

## **2. Desenho de Investigação**

Considera-se que o presente estudo é de carácter descritivo. Este tipo de investigação é utilizada quando um tema foi pouco estudado e é necessário descrever as suas

características antes de examinar relações de associação ou de causalidade entre variáveis (Fortin et al., 2009).

Quanto ao tempo é de natureza transversal, uma vez que contempla apenas uma única observação no tempo, sendo que os dados recolhidos são referentes apenas a um momento. A posição do investigador é observacional, uma vez que este não exerce qualquer interferência (Hochman, et al., 2005).

Esta investigação é de natureza quantitativa, embora integre alguns dados qualitativos. Optou-se pela inclusão destes dois tipos de dados devido à sua complementaridade. A pesquisa qualitativa explora a compreensão subjetiva das pessoas relativamente ao seu quotidiano (Pope e Mays, 2005).

Segundo Fortin et al. (2009), as variáveis são as unidades base da investigação. As variáveis da investigação são consideradas qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas. Não existindo uma relação de causa e efeito a analisar, nem de dependência entre as mesmas. Assim, considera-se que neste estudo as variáveis podem ser classificadas como variáveis da investigação.

Contudo, apesar do carácter descritivo do estudo, também será realizada uma comparação entre as variáveis socioprofissionais e as que constituem as respostas às questões quantitativas, para que o perfil dos MF seja descrito mais compreensivamente. Neste sentido, foram identificadas variáveis dependentes e independentes. Segundo Fortin et al. (2009), a variável independente corresponde ao elemento introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre outra variável. A variável dependente sofre o efeito da variável independente e constitui o resultado predito pelo investigador. Assim, considera-se que as variáveis relativas à parte do estudo em que são comparados os dados socioprofissionais (sexo, anos de experiência, condição profissional e tipo de instituição de trabalho) com as respostas às questões quantitativas do questionário, se caracterizam da seguinte forma:

- Variáveis independentes: sexo, anos de experiência, condição profissional (interno e especialista) e tipo de instituição de trabalho (USF e UCSP);
- Variáveis dependes: respostas quantitativas ao questionário relacionadas com os graus de satisfação, de importância, de frequência, de influência e de interesse.

### **3. Instrumentos de Recolha de dados**

Com objetivo de recolher as perceções dos MF quanto ao processo de referenciação de crianças com PCL, foi utilizado um questionário digital de autoadministração, construído pela investigadora através da plataforma “Formulários do Google” (Anexo1)

Segundo Hicks (2006) a elaboração de um bom questionário deve seguir os passos seguintes, que foram cumpridos para a realização deste estudo:

- 1. Identificar os assuntos gerais que o questionário deve cobrir e que refletem os objetivos do investigador;*
- 2. Enunciar as questões que cobrem todos os assuntos;*
- 3. Experimentar o questionário;*
- 4. Alterar eventualmente o questionário, utilizando a informação recolhida através do estudo piloto;*
- 5. Efetuar um segundo estudo piloto, a fim de verificar se os problemas iniciais foram eliminados;*
- 6. Aplicar o questionário no estudo ou amostra.*

#### **Organização do questionário**

Após o cumprimento dos passos propostos por Hicks (2006), foi aplicada à amostra uma versão final do questionário intitulado “Questionário aos Médicos de Família”. Este contemplava, numa parte inicial, uma carta introdutória, onde estava identificada a investigadora, bem como eram explicados os objetivos do estudo (Anexo2). Logo de seguida, era apresentado o consentimento informado, garantindo a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes. O consentimento informado foi baseado no da Universidade Fernando Pessoa (UFP) e adaptado para uma versão On-line (Anexo3). Deste modo, foram asseguradas as questões éticas inerentes ao processo de investigação (Nunes, 2013).

Posteriormente, era apresentado o questionário, propriamente dito, dividido em 7 partes:

- I. Caracterização socioprofissional.
- II. Satisfação com fatores profissionais, procedimentais e de organização e funcionamento de serviços relacionados com a referenciação de crianças com PCL.

- III. Frequência de comportamentos durante a consulta de saúde infantil e de referenciação de crianças com PCL para serviços externos.
- IV. Importância atribuída a atitudes, comportamentos e situações relativas ao processo de referenciação de crianças com PCL.
- V. Fatores que influenciam o encaminhamento.
- VI. Interesse relativamente ao desenvolvimento de conhecimentos sobre comunicação e linguagem.
- VII. Satisfação global com o processo de referenciação de crianças com PCL e barreiras inerentes ao mesmo.

Para facilitar a apresentação dos dados e respetiva análise é importante referir que as questões foram reagrupadas de acordo com as suas principais componentes e foram formados grupos. Esta organização assemelha-se à das partes II, III, IV, V e VI do questionário apresentadas acima. Por exemplo, a parte III refere-se a questões relacionadas com frequência. Assim, um dos grupos (grupo 2) será o das “perguntas relacionadas com a frequência de comportamentos”, que contempla as componentes de frequência de utilização de testes e a frequência de comportamentos relacionados com o encaminhamento para os serviços que apoiam crianças com PCL. A parte VI apenas corresponde a uma questão, que corresponde apenas a 1 grupo (grupo 5) relacionado com o interesse. Importa, ainda, destacar a situação das questões da parte VII (VII.1.1, VII.1.2). Em termos de análise de dados a VII.1.1 integra o grupo das questões relacionadas com a satisfação e a questão VII.1.2 forma um grupo isolado (grupo 6), uma vez que é a única de carácter qualitativo e que pretende que os MF identifiquem barreiras inerentes ao processo de referenciação.

A cada componente de cada grupo foi atribuída uma sigla. As questões encontra-se identificadas de acordo com a sua apresentação no questionário (a numeração romana refere-se à parte do questionário e a numeração cardinal ao número das questões). Esta organização pode ser consultada de seguida.

#### Grupo 1: Perguntas relacionadas com a satisfação (13 questões)

- **Satisfação** relativamente ao **processo de referenciação** de crianças com PCL (SPR): I.1.1; II.1.2; II. 2.1; II. 2.2; II. 3.1; VII. 1.1

- **Satisfação** relativamente aos **conhecimentos** académicos, profissionais e pessoais no que respeita ao desenvolvimento de comunicação e linguagem na criança (**SC**): II. 4.1; II. 4.2; II. 4.3; II. 4.4; II. 4.5; II. 4.6; II. 5.1

Grupo 2: Perguntas relacionadas com a frequência de comportamentos (8 questões)

- **Frequência** de utilização de **testes (FT)**: III. 1.1; III. 1.2; III. 1.3
- **Frequência** de comportamentos relacionados com o **encaminhamento para os serviços** que apoiam crianças com PCL: (**FES**): III. 1.4; III. 1.5; III.1.6; III.1.7; III.1.8

Grupo 3: Perguntas relativas à importância de atitudes e comportamentos (10 questões)

- **Importância** atribuída aos **comportamentos** relativos ao **processo de referenciação** e à consulta de saúde infantil (**ImpCPR**): IV. 1.1; IV. 1.2; IV. 1.3; IV. 3.1
- **Importância** atribuída a **atitudes** relacionadas com a **referenciação** de crianças com PCL (**ImpAR**): IV. 4.1; IV. 4.2; IV. 4.3
- **Importância** atribuída ao **trabalho de equipa** e aos profissionais envolvidos no processo de referenciação (**ImpTE**): IV. 2.1; IV.2.2; IV. 2.3

Grupo 4: Perguntas relativas aos fatores que influenciam o encaminhamento (3 questões)

- **Influência** de **fatores na referenciação** de crianças com suspeita de problemas de linguagem e comunicação (**InfFR**): V. 1.1; V. 1.2; V. 1.3

Grupo 5: Pergunta sobre interesse na área da linguagem e comunicação infantil (1 questão)

- **Interesse** pessoal relativo ao desenvolvimento de conhecimentos sobre **linguagem e comunicação** na criança (**IntLC**): VI. 1.1

Grupo 6: Barreiras identificadas pelos MF quanto ao processo de referenciação de crianças com PCL (1 questão): VII.1.2

### **Tipo de questões utilizadas**

Na parte I do questionário (caracterização socioprofissional) foi utilizada uma questão semiaberta para o preenchimento dos anos de experiência. As restantes questões (sexo, condição profissional e tipo de instituição de trabalho) eram fechadas e dicotómicas, ou seja, apenas permitiam a seleção de um item (Chagas, 2000).

Durante a maior parte do questionário (parte III, IV, V, VI e questão 1.1 da parte VII) foram utilizadas questões fechadas, recorrendo-se à escala de *Likert* de 5 níveis (Brace, 2008). Este tipo de questão é utilizada muitas vezes em investigação, uma vez que se considera vantajosa devido à facilidade e rapidez da resposta e à facilitação de uma posterior análise (Chagas, 2000). Relativamente à escala de *Likert*, Hill e Hill (2000) consideram que 5 respostas alternativas são suficientes, principalmente quando se pretende obter opiniões, gostos ou graus de satisfação. Apesar das vantagens da utilização de questões fechadas, existem algumas desvantagens, como a impossibilidade dos respondentes obterem esclarecimentos no que respeita a alguns enunciados e a possibilidade de se sentirem influenciados pelas alternativas apresentadas (Fortin et al., 2009, Chagas, 2000). Não obstante, fazendo um balanço entre estas vantagens e desvantagens e tendo em conta os constrangimentos de tempo pelos quais é conhecida a população, considerou-se que o preenchimento do questionário através de respostas maioritariamente fechadas seria o mais adequado.

Uma vez que se pretendem obter perceções, considerou-se que seria importante incluir também uma questão semiaberta (questão 1.2 da parte VII), que complementa de forma qualitativa os dados quantitativos do questionário (Pope e Mays, 2005).

Em suma, o “Questionário aos Médicos de Família” foi dividido em 7 partes, contendo 4 questões relativas a informação socioprofissional, 35 questões fechadas para solicitar graus de satisfação, de importância, de influência, de frequência de comportamentos e de interesse e 1 questão semiaberta para que os MF identificassem barreiras ao processo de referenciação de crianças com PCL.

### **3.1. Pré-teste**

O desenvolvimento do questionário teve por base um trabalho de campo no âmbito da cadeira “Casos Clínicos” do Mestrado de Terapêutica da Fala. A investigadora observou

e interagiu com a equipa da USF Infante D. Henrique em Viseu e com os pacientes das consultas de vigilância programadas do PNSIJ durante três dias, englobando a parte do enfermeiro e a do MF (7 MF internos e 8 MF especialistas, num total de 15 médicos). Para uma potenciação da experiência foram aplicados questionários aos pais dos pacientes, aos enfermeiros e MF do serviço e preenchida uma grelha com objetivos de observação previamente definidos de acordo com a bibliografia. A observação e integração na realidade dos CSP juntamente com a análise dos resultados dos questionários e grelha permitiram um maior domínio bibliográfico e empírico para a realização do questionário, que foi aplicado nesta investigação aos MF. Não obstante, após o desenvolvimento do mesmo, solicitou-se a colaboração de um MF para o seu preenchimento e posterior discussão com a investigadora. Do debate surgiram as seguintes reformulações:

- Reformulação da carta de apresentação. Um vez que o questionário foi enviado por e-mail considerou-se que seria melhor uma pequena introdução, para cativar os possíveis respondentes. A carta original apenas foi apresentada quando os médicos abriam o questionário.
- Reformulação de algumas questões, tornando-as mais claras, nomeadamente no que se refere à terminologia adotada, bem como à estrutura da própria pergunta. Assim forma reformuladas:
  - Parte II: questões 1.2; 2.1; 2.2; Introdução ao grupo de questões 3 e explicação e clarificação dos termos “serviços” e “qualidade de resposta”; questão 3.1; introdução à questão 5; questão 5.1;
  - Parte III: questão 1.1; questão 1.8
  - Parte IV: questão 1.3; questão 3.1
  - Parte V: questão 1.1; questão 1.2; questão 1.3
  - Grupo VI: introdução à questão 1; questão 1.1
  - Grupo VII: introdução à questão 1; questão 1.1; introdução à questão 2

A versão do questionário atualizada com as reformulações supracitadas foram enviadas a mais dois médicos de família. Das respostas e comentários acrescentou-se a parte “(Medicina Geral e Familiar – MGF/Terapeuta da Fala)” à questão 2.3 da parte IV, uma vez que não era claro a quem o trabalho de equipa se referia. O questionário foi

classificado pelos médicos que participaram no pré-teste como agradável e fácil de responder, tendo sido o tempo de resposta estimado de 5 minutos.

### **3.2. Validade e Fiabilidade do Questionário**

Apesar do objetivo deste trabalho não ser a validação do questionário, houve uma rigorosa análise bibliográfica, que originou uma inclusão dos componentes teóricos necessários à obtenção das perceções do médico. Para além disso, foi aplicado um questionário preliminar (noutro trabalho), reestruturado o questionário após a obtenção das respostas de acordo com as dúvidas que ocorreram e efetuado um pré-teste. Estes fatores contribuirão para a validade do questionário (Hill e Hill, 2000).

Quanto à fiabilidade determinou-se que a consistência interna do questionário ( $\alpha$  de *Cronbach*) é de 0,80 (Anexo4). Segundo Hill e Hill (2000), os valores de fiabilidade distribuem-se da seguinte forma:

- Maior que 0,9 - Excelente
- Entre 0,8 e 0,9 - Bom
- Entre 0,7 e 0,8 - Razoável
- Entre 0,6 e 0,7 - Fraco
- Abaixo de 0,6 - Inaceitável

Assim, o valor obtido é considerado bom (0,8 a 0,9) (Hill e Hill, 2000).

De seguida procedeu-se à análise fatorial, da qual se observou um valor de KMO de 0,41, que é considerado inaceitável (valores abaixo de 0,5) para este tipo de análise. No entanto, apesar deste valor ser o mais aconselhado, observou-se que o valor de *Bartlett's* foi estatisticamente significativo, pelo que se procedeu à análise (*Bartlett's*=0,00 < p-value 0,001) (Hill e Hill, 2000) (Anexo5).

Foram extraídos 11 fatores (Anexo6). Contudo, depois da análise dos dados permaneceram 9. Apenas o 1º, 2º e 8º estão de acordo com a componente concetual que guiou a construção deste questionário, pelo que foi considerada para futura análise a organização teórica, que esteve na origem da construção do questionário, valorizando-se o resultado razoável do  $\alpha$  de *Cronbach*.

#### 4. Participantes

A população é um conjunto de elementos que têm características em comum, sendo que a população alvo é o conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos (Fortin et al., 2009). Neste estudo, a população alvo são os MF em Portugal.

A amostra é uma fração da população sobre a qual se faz o estudo, que deve ser representativa dessa população (Fortin et al., 2009). Fazem parte da mesma os MF das 4 zonas geográficas do país (Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Norte e Região Autónoma do Açores) que responderam ao questionário. As questões de representatividade da amostra serão debatidas na parte dos procedimentos.

##### 4.1. Caracterização da amostra

Participaram 55 MF neste estudo. Os dados relativos à caracterização podem ser encontrados na Tabela 1. Observa-se que a maioria dos médicos é do sexo feminino (74,5%) e trabalha em USF (89,1%). Localizam-se predominantemente na região de Lisboa e Vale do Tejo (41,8%) e na região Centro (36,4%). Aproximadamente 56% são internos e 43,6% são especialistas (mais de 4 anos de formação em MGF). A maior parte dos médicos que respondeu situa-se entre o 3º e 4º ano de experiência (40%). Os médicos com mais de 20 anos de experiência representam 14,5% da amostra. A média de anos de experiência é de 8,04 ( $\pm 9,6$ ), variando entre 1 ano e 33 de serviço.

Tabela 1- Características Socioprofissionais da Amostra (n=55)

		Frequências	
Varáveis Sociodemográficas		N	%
Sexo	Feminino	41	74,5
	Masculino	14	25,5
Local	Centro	20	36,4
	Norte	6	10,9
	Lisboa e Vale do Tejo	23	41,8
	Região Autónoma dos Açores	6	10,9
Instituição	USF	49	89,1
	ACeS	6	10,9
Condição Profissional	Interno	31	56,4
	Especialista	24	43,6
Anos de Experiência Profissional	1 a 2	12	21,8
	3 a 4	22	40
	5 a 10	10	18,2
	11 a 20	3	5,5
	Mais de 20	8	14,5

	Média total: 8,04 ( $\pm$ 9,6)
	Amplitude de anos de experiência: de 1 a 33

## 5. Recolha dos Dados e Procedimentos

Inicialmente foi elaborado um projeto de investigação para apreciação pela Comissão de Ética da UFP. Após a autorização desta entidade, como referido no início deste capítulo, foram solicitadas de imediato autorizações formais e a colaboração, por e-mail, à Coordenação Regional do Centro do SNIPI e ao Diretor Executivo do ACeS Dão-Lafões, explicando qual o âmbito da investigação e os objetivos da mesma. Em ambos os casos as respostas remetiam para a realização de pedidos para outras entidades, o que não iria permitir o término deste trabalho no prazo estabelecido para o fim do mesmo.

Perante esta situação, houve necessidade de reestruturar o método de recolha de dados. Assim, considerou-se mais apropriado o recurso ao método não probabilístico de amostragem por redes. Este método consiste numa abordagem aos participantes, realizada de forma não aleatória, ou seja, por conveniência (Fortin et al., 2009). Neste caso, a investigadora identificou, de acordo com os seus contactos pessoais, 4 MF de 4 regiões de Portugal (Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Norte e Região Autónoma do Açores). Depois, foi estabelecido um contacto informal, no qual foi explicada a investigação, incluindo os seus objetivos, aspetos procedimentais e éticos. Os 4 MF aceitaram colaborar, tendo-lhes sido enviado, posteriormente, um e-mail com uma adaptação da carta de apresentação (uma versão mais reduzida, por se considerar mais apelativa à resposta) e um *link* para acesso ao questionário. Desta forma, foi assegurado anonimato e confidencialidade dos dados, uma vez que a investigadora não obteve qualquer informação sobre a sua proveniência, a não ser o que era perguntado no próprio questionário.

A recolha de dados decorreu entre novembro de 2015 e maio de 2016. Tempo que corresponde ao início dos contactos informais efetuados até à última resposta obtida. Os questionários foram sendo enviados pelos 4 MF de acordo com o contacto inicial da autora e com sua disponibilidade.

Para salvaguardar que os participantes não recebessem questionários repetidos, uma vez que os 4 MF poderiam partilhar alguns contactos em comum, foram identificados de acordo com a região do país à qual cada 1 um dos 4 MF pertencia. Assim, os questionários foram circunscritos às listas de contactos respeitantes à região de trabalho de cada 1. Como todos eram de zonas diferentes, não houve risco de repetição.

Como referido na parte dos participantes, a amostra deve ser representativa da população (Fortin et al., 2009). Contudo, a seleção deste tipo de método de recolha de dados não assegura a sua representatividade, uma vez que este não é aleatório. Assim, as conclusões serão circunscritas à própria amostra (Fortin et al., 2009)

## **6. Métodos de Análise e Tratamento de Dados**

### **6.1. Análise dos Dados Quantitativos**

O tratamento dos dados do questionário foi efetuado com recurso à estatística descritiva e inferencial. Para a análise estatística foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences – IBM® SPSS® for Windows, version 17.0.

Inicialmente foi realizada a análise descritiva dos dados com objetivo de caracterizar a amostra. Foram calculadas as seguintes medidas: frequências absolutas (número de casos válidos – N°); frequências relativas (percentagem de casos válidos - %); estatística descritiva de tendência central (média); de dispersão (desvio padrão); valores extremos (mínimo e máximo). A estatística descritiva pretende resumir e descrever as principais características dos resultados obtidos neste estudo (Hicks, 2006).

Posteriormente procedeu-se à comparação entre grupos correspondentes às variáveis socioprofissionais e as restantes variáveis da investigação. Utilizou-se o teste de *Fisher*, uma vez que o teste do  $\chi^2$  não cumpria os requisitos para se proceder à análise (células com *expected count* superior a 20%) (Hill e Hill, 2000, Martins, 2011). Por isso, as variáveis de investigação foram divididas em duas unidades de resposta de acordo com a escala de *Likert* utilizada para as questões.

Todos os testes foram aplicados com um grau de confiança de 95%, tendo sido considerado o nível de significância de 0.05 (*p-value* <0,05) como mínimo e os valores de significância estatística de 0,01 e de 0,001 de muito e extremamente significativos respetivamente.

## 6.2. Análise dos Dados Qualitativos

Os dados qualitativos foram recolhidos na última parte do questionário (questão 1.2 da parte VII) através de uma pergunta de resposta semiaberta.

O método usado para o tratamento dos dados foi a análise de conteúdo. A análise é categorial, quantitativa e frequencial. A unidade de registo selecionada foi o “tema”. Este tipo de análise foi selecionado por ser a mais utilizada, rápida e eficaz em situação de discurso direto e simples (Pope e Mays, 2005, Bardin, 2004).

Adotou-se o procedimento de categorização por caixas. Partiu-se da análise dos referenciais teóricos da investigadora e da análise preliminar das respostas do questionário para a criação de categorias. Depois repartiu-se da melhor maneira possível os elementos à medida que foram sendo identificados. Inicialmente, foram identificadas 11 categorias. Uma vez que algumas estavam relacionadas foram criadas 5 categorias mais gerais, onde se distribuíram as 11 subcategorias identificadas (Bardin, 2004).

Para assegurar a qualidade da análise seguiram-se as recomendações de Bardin (2004) no que respeita à qualidade das categorias, ou seja a exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade e a produtividade. De forma a assegurar a qualidade da objetividade e fidelidade foi efetuada uma nova análise por outro codificador de um nível académico superior ao da investigadora. Desta nova análise surgiram as reformulações que se seguem:

- Reformulação da categoria “Falta de recursos humanos” para a mais abrangente “Recursos humanos”. Eliminação da subcategoria “Indefinidos” e criação das subcategorias “Poucos recursos” e “Profissionais envolvidos no processo”
- Criação das subcategorias “Financeiros” e “Capacidade de resposta” na categoria “Constrangimentos com serviços”
- Eliminação da categoria “Problemas inerentes ao processo de referenciação” por se ter considerado redundante e reformulação do estatuto das subcategorias “Burocracia” e “Lentidão do processo” a categorias.

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

Assim, as categorias gerais passaram a ser 6 e as subcategorias a ser 14. À exceção das novas categorias criadas, houve concordância entre ambos os codificadores. Assim, apesar das limitações apontadas, considera-se que esta análise de conteúdo é válida.

### **CAPÍTULO III- RESULTADOS**

Neste capítulo serão apresentados os resultados da investigação, acompanhados por tabelas e gráficos, de acordo com as questões de investigação e objetivos específicos previamente mencionados neste trabalho.

Antes de se iniciar a apresentação dos resultados, é necessário ter em consideração algumas características do questionário.

A formulação das questões pode exercer uma influência positiva de resposta sobre os participantes. Não há opção de resposta nula e existem 3 níveis considerados positivos e apenas 2 negativos na escala de *Likert*. As perguntas relacionadas com a satisfação e importância não têm uma possibilidade de resposta negativa, como “insatisfeito” e “irrelevante” respetivamente. O nível 1 da escala de *Likert* contempla sempre algum grau de satisfação ou importância. Nas perguntas relativas à frequência não há um extremo positivo como “ocorre sempre”.

A inexistência da opção de resposta neutra pode incentivar os participantes a tomarem uma decisão, evitando o conforto desse tipo de resposta. Contudo, considera-se que os deste estudo podem ter sido influenciados no sentido mais positivo, uma vez que o nível intermédio (nível 3 da escala de *Likert*) implica satisfação, importância ou interesse (Hill e Hill, 2000).

#### **1. Perfil dos Médicos de Família quanto à referenciação de crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem**

Inicialmente, optou-se por apresentar uma visão geral acerca das respostas obtidas junto dos MF, as quais estão indicadas na Tabela 2, onde consta a estatística descritiva relativa às questões do questionário.

Deste modo, é possível constatar que as médias mais elevadas (superiores a 4) estão maioritariamente relacionadas com as questões do grupo 3 (perguntas relativas à importância de atitudes e comportamentos), nomeadamente no que respeita às componentes **ImpTE** (todas as questões), **ImpCPR** (3 das 4 questões) e **ImpAR** (1 das 3 questões). Com uma média superior a 4 há também uma questão do grupo 2 (perguntas relacionadas com a frequência de comportamentos), mais especificamente da componente **FT**, relacionada com a frequência de utilização da EADMSM e uma do

grupo 4 (perguntas relativas aos fatores que influenciam o encaminhamento), que corresponde à componente **InfFR**, relacionada com a influência da preocupação dos pais para a referenciação. Finalmente, destaca-se a questão com a média mais alta (4,69), “IV.1.2-Encaminhamento de crianças com problemas de comunicação e linguagem dos 3 anos até aos 6 anos”, que pertence ao grupo 3 e à componente **ImpCPR**

As médias mais baixas (inferiores a 3) estão maioritariamente ligadas a questões relacionadas com o grupo 2, nomeadamente no que respeita às componentes **FT** (2 em 3 questões) e **FES** (3 em 4 questões), e com o grupo 1 (perguntas relacionadas com a satisfação), mais propriamente no que concerne à componente **SC** (4 em 7 questões) e à **SPR** (2 em 6 questões). Destaca-se, ainda, a questão com a média mais baixa (2,36), “III.1.4-Encaminhamento de crianças com problemas de comunicação e linguagem para as Equipas Locais de Intervenção Precoce”, que pertence ao grupo 2 e à componente **FES**.

Tabela 2- Estatística Descritiva relativa às questões do Questionário aos Médicos de Família (questões ordenadas por ordem decrescente da média)

Questões	Estatística descritiva				Áreas
	Média	Dp	Mín	Máx	
IV.1.2-Encaminhamento de crianças com problemas de comunicação e linguagem dos 3 anos até aos 6 anos	4,69	0,50	3	5	<b>ImpCPR</b>
IV.1.3-Recomendação de cuidados antecipatórios (educação para a saúde) aos pais relativamente ao desenvolvimento de comunicação e linguagem	4,67	0,51	3	5	<b>ImpCPR</b>
IV.2.3-Trabalho de equipa (MGF/Terapeuta da Fala) para deteção de problemas de comunicação e linguagem	4,45	0,81	1	5	<b>ImpTE</b>
IV.2.2-Contributo da avaliação efetuada pelo Médico de Família na deteção de problemas de comunicação e linguagem	4,53	0,63	3	5	<b>ImpTE</b>
IV.2.1-Avaliação de problemas de comunicação e linguagem efetuada pelo terapeuta da fala	4,42	0,85	1	5	<b>ImpTE</b>
IV.4.3-Atitude de atuação “observar, detetar precocemente, encaminhar precocemente”	4,40	0,78	2	5	<b>ImpAR</b>
IV.3.1-Importância atribuída à possibilidade de existência de rastreios de comunicação e linguagem na consulta de saúde infantil	4,25	0,84	2	5	<b>ImpCPR</b>
III.1.2-Utilização dos marcos de desenvolvimento da Escala Modificada da <i>Mary Sheridan</i> para avaliação do desenvolvimento de comunicação e linguagem	4,20	1,11	1	5	<b>FT</b>

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

V.1.3-Influência da preocupação dos pais com o desenvolvimento de comunicação e linguagem dos filhos para a sua referenciação	4,07	0,69	3	5	<b>InfFR</b>
II.1.2-Idades-chave recomendadas pelo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil para o acompanhamento do desenvolvimento da comunicação e linguagem	3,96	0,88	2	5	<b>SPR</b>
IV.4.2-Atitude de atuação “observar, suspeitar, encaminhar”	3,95	0,87	2	5	<b>ImpAR</b>
V.1.1-Influência dos resultados da avaliação da Escala de Avaliação Modificada de <i>Mary Sheridan</i> para a sua referenciação	3,91	0,84	2	5	<b>InfFR</b>
V.1.2-Influência da satisfação com os serviços que apoiam crianças com problemas de comunicação e linguagem após o encaminhamento para a sua referenciação	3,84	0,83	2	5	<b>InfFR</b>
IV.1.1-Encaminhamento de crianças com problemas de comunicação e linguagem até aos 36 meses de idade	3,78	0,94	2	5	<b>ImpCPR</b>
VI.1.1-Interesse pessoal/profissional na área do desenvolvimento da comunicação e linguagem na criança	3,73	0,80	2	5	<b>IntLC</b>
IV.4.1-Atitude de atuação “observar, suspeitar e esperar”	3,58	0,90	1	5	<b>ImpAR</b>
II.1.1-Tempo de duração da consulta infantil	3,56	0,98	2	5	<b>SPR</b>
II.4.5-Conhecimentos relativamente ao processo de referenciação/encaminhamento de crianças com eventuais problemas de comunicação e linguagem	3,36	0,91	1	5	<b>SC</b>
III.1.5-Encaminhamento de crianças com problemas de comunicação e linguagem para o Hospital	3,36	0,97	2	5	<b>FES</b>
II.5.1-Satisfação relativamente à sua capacidade para informar os pais acerca de uma suspeita de problemas de comunicação e linguagem	3,24	0,74	1	5	<b>SC</b>
VII.1.1-Satisfação relativamente ao processo de referenciação de crianças com problemas de comunicação e linguagem	3,18	0,82	1	4	<b>SPR</b>
II.4.4-Satisfação com as capacidades para a deteção de problemas de comunicação e linguagem	3,16	0,66	1	4	<b>SC</b>
II.2.2-Eficácia da Escala de Avaliação Modificada de <i>Mary Sheridan</i> para avaliação de crianças com problemas de comunicação e linguagem	3,07	0,81	1	5	<b>SPR</b>
III.1.8-Seguimento das crianças com problemas de comunicação e linguagem encaminhadas para os serviços de avaliação e intervenção	3,04	1,05	1	5	<b>FES</b>
II.4.3-Conhecimentos pessoais atuais sobre desenvolvimento de comunicação e linguagem	2,96	0,67	1	4	<b>SC</b>
II.4.6-Capacidade generalizadas de iniciar e gerir (avaliar, encaminhar, acompanhar) o processo de crianças com problemas de comunicação e linguagem	2,95	0,80	1	5	<b>SC</b>

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

II.3.1-Satisfação com a resposta dos serviços que apoiam crianças com suspeita de problemas de comunicação e linguagem após o encaminhamento	2,95	0,99	1	5	SPR
III.1.6-Encaminhamento de crianças com problemas de comunicação e linguagem para Clínicas de Medicina Física e Reabilitação	2,82	1,19	1	5	FES
III.1.1-Utilização de testes para avaliação do desenvolvimento da comunicação e linguagem (para além da Escala de Avaliação Modificada de <i>Mary Sheridan</i> )	2,75	1,57	1	5	FT
II.2.1-Informação disponibilizada pelo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil sobre o processo de deteção de crianças com problemas de comunicação e linguagem	2,62	0,80	1	4	SPR
II.4.2-Formação/disponibilização de informação sobre comunicação e linguagem durante a especialização/carreira em medicina geral e familiar	2,62	0,95	1	5	SC
III.1.3-Utilização do M-CHAT para despiste de Autismo	2,45	1,26	1	5	FT
III.1.7-Encaminhamento de crianças com problemas de comunicação e linguagem para outros serviços	2,42	1,10	1	5	FES
II. 4.1-Aprendizagem de conteúdos relacionados com comunicação e linguagem durante o curso de medicina	2,38	1,03	1	4	SC
III.1.4-Encaminhamento de crianças com problemas de comunicação e linguagem para as Equipas Locais de Intervenção Precoce (pertencentes ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância – SNIPI)	2,36	1,02	1	5	FES

Segue-se a descrição dos resultados apresentados em gráficos com percentagens para cada resposta. A disposição da informação está de acordo com os objetivos específicos da primeira questão de investigação. Para cada objetivo serão apresentados os gráficos por ordem decrescente de médias das questões. De forma a facilitar a análise foram relembradas as escalas de *Likert* utilizadas para os grupos de questões.

De acordo com os objetivos específicos serão também apresentados os resultados, em formato de tabela, considerando as variáveis socioprofissionais **sexo** (feminino ou masculino) e **condição profissional** (interno ou especialista). Os dados serão exibidos em mais detalhe, nos casos em que foi encontrada uma relação estatisticamente significativa ou próxima e considerada pertinente. A variável **local de trabalho** não foi incluída porque a diferença de N entre o grupo da USF (N=49) e o grupo da UCSP

(N=6) era muito elevada. Também não se considerou adequada a análise dos **anos de experiência**, uma vez que estes estão divididos em quatro grupos. Como o teste de *Fisher* apenas pode ser utilizado em tabelas do tipo 2X2, seria redundante reduzir a variável em dois grupos, uma vez que passaria a corresponder à variável condição profissional (após completar 4 anos de experiência, normalmente, o médico é especialista). Para a realização e apresentação dos resultados do teste de *Fisher* é necessário ter em conta que os níveis 1 e 2 da escala de *Likert* correspondem ao nível 1 do teste de *Fisher* e que os níveis 3, 4 e 5 correspondem ao nível 2.

### 1.1. Satisfação

Em primeiro lugar serão descritos os resultados relacionados com a satisfação com o processo de referenciação (SPR) e depois os relacionados com a satisfação com os conhecimentos e capacidades (SC). Para estas questões utilizou-se a escala de *Likert*: 1- “Nada satisfeito”, 2- “Pouco satisfeito”, 3- “Satisfeito”, 4- “Bastante satisfeito”, 5- “Muito satisfeito”.

Seguem-se os resultados relacionados com a satisfação com o processo (SPR).

A maior parte dos MF julga-se mais do que satisfeita (“Satisfeito”, “Bastante satisfeito” ou “Muito satisfeito”) com as idades-chave do PNSIJ (Gráfico 1) e com o tempo da consulta (Gráfico 2). Apenas 7% e 14% respetivamente se consideram “Pouco satisfeitos”.

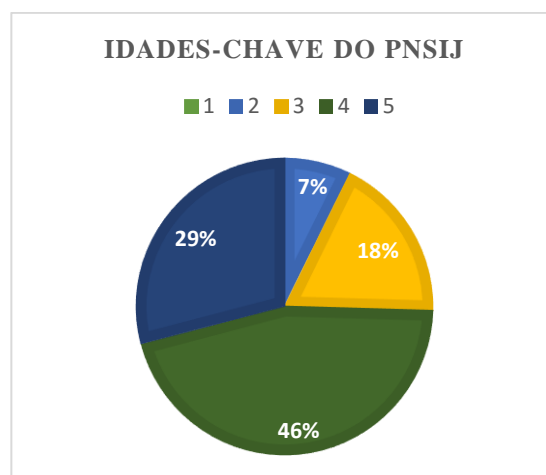


Gráfico 1- Satisfação com as idades-chave recomendadas pelo PNSIJ

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos Cuidados de Saúde Primários

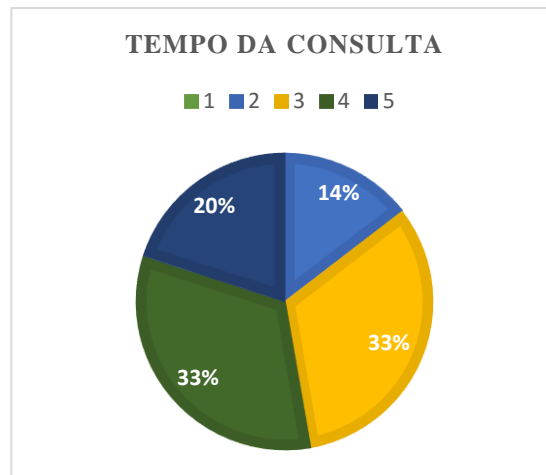


Gráfico 2- Satisfação com o tempo de duração da consulta infantil

Estes profissionais consideram-se, na sua maioria (78%), “Satisfeitos” ou “Bastante satisfeitos” com o processo de referenciação. Apenas 20% se julgam “Pouco satisfeitos” (Gráfico 3).

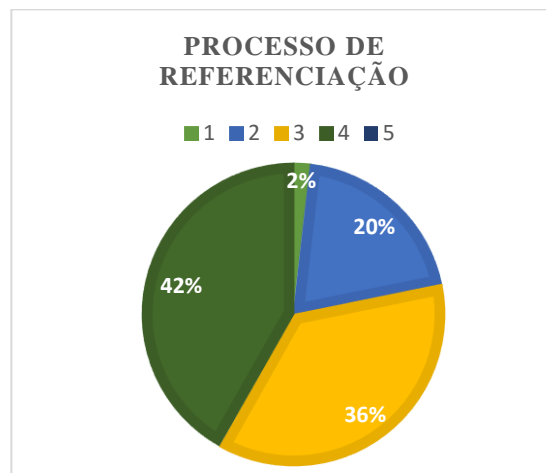


Gráfico 3 - Satisfação relativamente ao processo de referenciação de crianças com PCL

Aproximadamente metade dos MF considera-se “Satisfeita” com a eficácia da EADMSM (Gráfico 4).

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos Cuidados de Saúde Primários

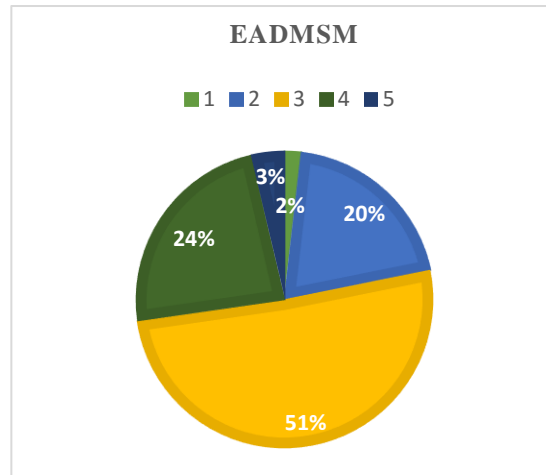


Gráfico 4-Satisfação com a eficácia da EADMSM para avaliação de crianças com PCL

Aproximadamente 40% demonstram-se “Pouco satisfeitos” ou “Nada satisfeitos” com as respostas dos serviços que apoiam as crianças encaminhadas, enquanto 35% se consideram “Bastante satisfeitos” (Gráfico 5).

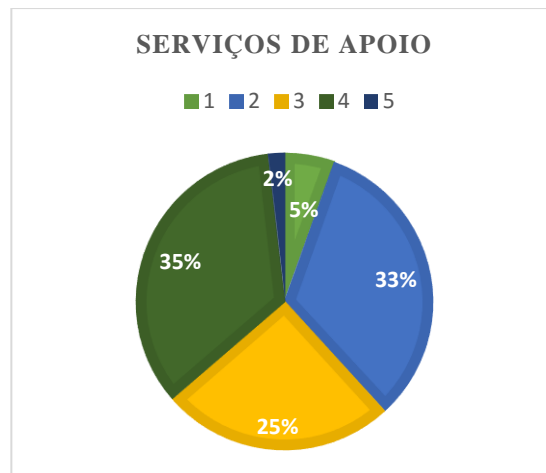


Gráfico 5-Satisfação com a resposta dos serviços que apoiam crianças com suspeita de PCL

Do mesmo modo, cerca de 40% consideram-se “Pouco satisfeitos” ou “Nada satisfeitos” com a disponibilização de informação sobre a área da linguagem e comunicação no PNSIJ, sendo esta a questão relacionada com o processo de referenciação (SPR) em que se encontram menos satisfeitos. Nenhum médico está “Muito satisfeito” com este tipo de informação (Gráfico 6).

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos Cuidados de Saúde Primários

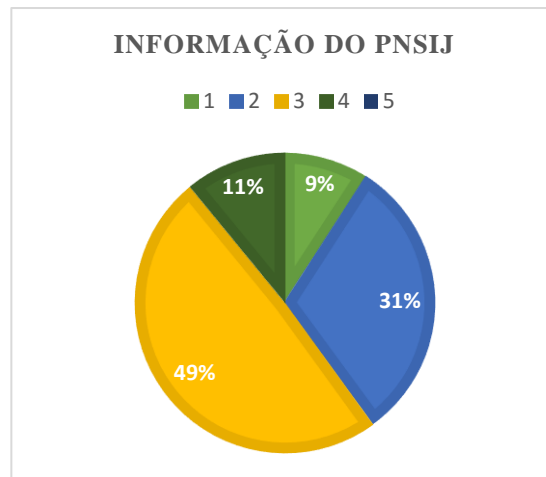


Gráfico 6-Satisfação com a informação do PNSIJ sobre o processo de referenciação de crianças com PCL

Segue-se a apresentação de resultados relacionados com a satisfação com os conhecimentos e capacidades para a deteção de crianças com PCL (SC).

A maior parte dos MF (85%) está “Satisfeita”, “Bastante satisfeita” ou “Muito satisfeita” com os seus conhecimentos acerca do processo de referenciação (Gráfico 7).

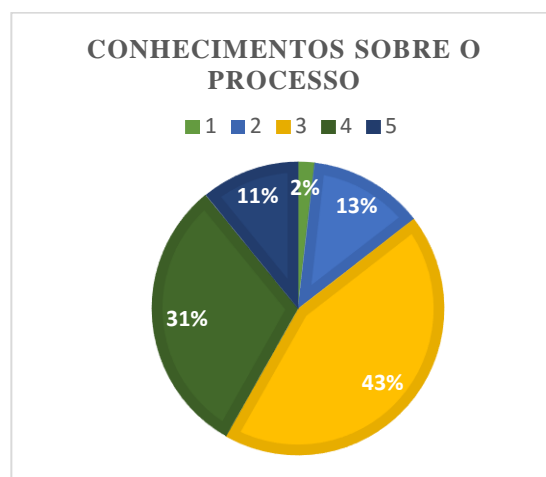


Gráfico 7-Satisfação com os conhecimentos sobre o processo de referenciação de crianças com suspeita de PCL

Da mesma forma, a sua maioria (84%) sente-se “Satisfeita”, “Bastante satisfeita” ou “Muito satisfeita” com a sua capacidade para informar os pais acerca da suspeita de PCL (Gráfico 8).

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

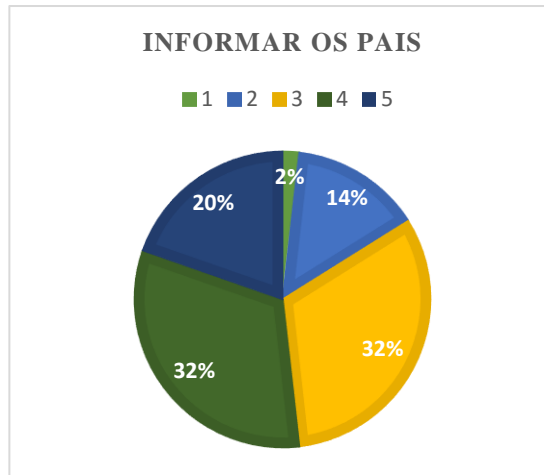


Gráfico 8-Satisfação com a capacidade para informar os pais acerca de uma suspeita de PCL

Contudo, apesar da maioria (60%) se sentir “Satisfeita” com as suas capacidades de deteção de PCL, ninguém se considera “Muito satisfeito” (Gráfico 9).

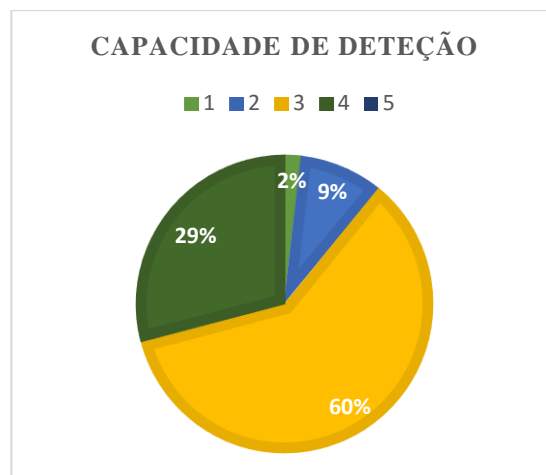


Gráfico 9-Satisfação com as capacidades para a deteção de PCL

Observa-se um padrão semelhante quanto à satisfação com os conhecimentos pessoais e profissionais sobre a área do desenvolvimento e linguagem, ou seja, cerca de 60% dos MF considera-se apenas “Satisfeito” e nenhum se sente “Muito satisfeito” (Gráfico 10).

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos Cuidados de Saúde Primários

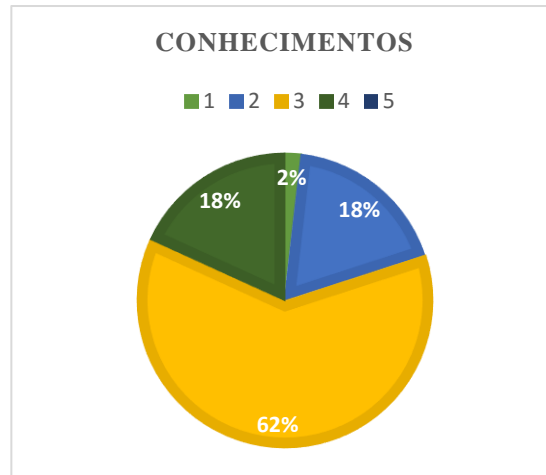


Gráfico 10-Satisfação com os conhecimentos sobre desenvolvimento de comunicação e linguagem

Quase metade dos MF sente-se “Satisfeita” com as capacidades generalizadas para gerir o processo de referenciação de crianças com PCL, enquanto 22% se sentem “Bastante satisfeitos” e 27% julgam-se “Pouco satisfeitos” (Gráfico 11).

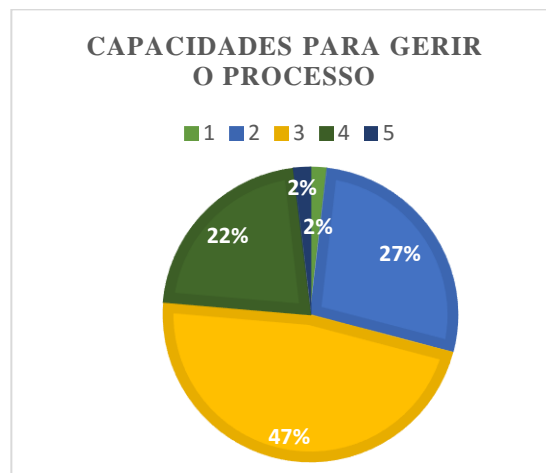


Gráfico 11-Satisfação com a capacidade gerir o processo de crianças com PCL

Aproximadamente metade (44%) destes profissionais considera-se “Pouco satisfeita” ou “Nada satisfeita” com a formação disponibilizada sobre a área da comunicação e linguagem (Gráfico 12).

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

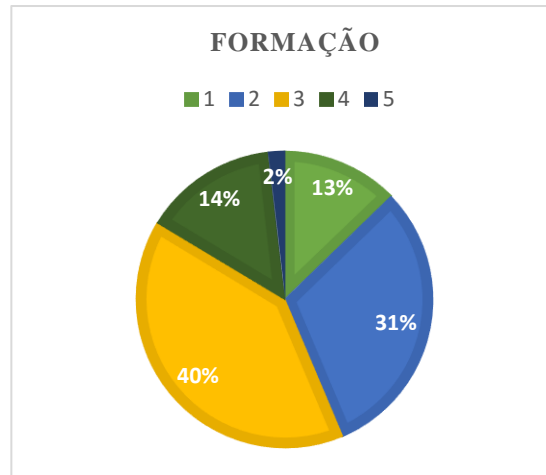


Gráfico 12-Satisfação com a formação adicional sobre comunicação e linguagem

Mais de metade dos MF (55%) consideram-se “Pouco satisfeitos” ou “Nada satisfeitos” com a aprendizagem de conteúdos sobre comunicação e linguagem em crianças durante o curso de medicina e nenhum está “Muito satisfeito” (Gráfico 13).

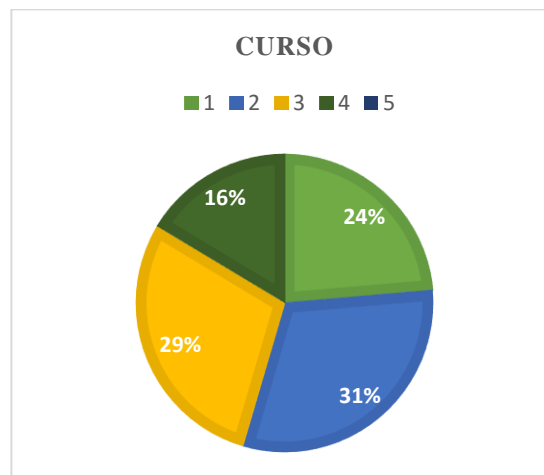


Gráfico 13-Satisfação com a aprendizagem sobre comunicação e linguagem durante o curso

**i. Comparação entre grupos socioprofissionais**

Na Tabela 3 são apresentados os resultados do teste de *Fisher* relativamente à associação entre as questões de satisfação e as variáveis socioprofissionais **sexo** e **condição profissional**, não se tendo verificado associações estatisticamente significativas.

Tabela 3-Associação entre o sexo e a condição profissional e as variáveis de satisfação

Variáveis de satisfação	Fisher (2-sided)	
	Sexo	Condição Profissional
Tempo de duração da consulta	0,66	0,45
Idades chave	0,27	1,00
Informação do PNSIJ	1,00	0,27
Eficácia da EAMS	0,71	0,52
Serviços de apoio à criança	1,00	0,16
Curso em relação a PCL	1,00	0,59
Formação adicional sobre PCL	0,23	0,79
Conhecimentos sobre desenvolvimento de linguagem e comunicação	0,71	1,00
Capacidades de deteção de PCL	0,64	0,69
Conhecimento do processo	1,00	0,44
Capacidades para gerir o processo	0,52	0,56
Informar os pais	0,17*	0,12*
Processo de referenciação	1,00	0,10

\*Os resultados são descritos neste trabalho por apresentarem um valor de *Fisher* relativamente próximo de 0,05

De seguida, serão descritos os resultados assinalados na Tabela 3 (\*).

#### Sexo e Condição profissional *versus* Capacidade para informar os pais

Parece haver uma tendência para um maior grau de satisfação com a capacidade para informar os pais por parte dos médicos do sexo masculino (100,0%) e pelos médicos especialistas (95,8%) em relação às médicas (82,9%) e aos médicos internos (80,6%), tal como se pode verificar nas Tabelas 4 e 5 respetivamente.

Tabela 4-Associação entre o sexo e a satisfação com a capacidade de informar os pais sobre suspeita de PCL

			Capacidade para informar os pais		Total
			Nada e pouco satisfeito	Satisfeito, bastante e muito satisfeito	
Sexo	Feminino	(n)	7	34	41
		%	17,1%	82,9%	100%
	Masculino	(n)	0	14	14
		%	0,0%	100,0%	100%
Total		(n)	7	48	55
		%	12,7%	87,3%	100%

*Fisher*=0,17

Tabela 5-Associação entre a condição profissional e a satisfação com a capacidade para informar os pais sobre suspeita de PCL

			Capacidade para informar os pais		Total
			Nada e pouco satisfeito	Satisfeito, bastante e muito satisfeito	
<b>Condição profissional</b>	Interno	(n)	6	25	31
		%	19,4%	80,6%	100%
	Especialista	(n)	1	23	24
		%	4,2%	95,8%	100%
Total		(n)	7	48	55
		%	12,7%	87,3%	100%

*Fisher=0,12*

## 1.2. Frequência de comportamentos

Em primeiro lugar serão descritos os resultados relacionados com a frequência da utilização de testes durante a consulta de vigilância saúde infantil (FT) e depois os relativos à frequência de comportamentos de encaminhamento de crianças com suspeita de PCL para serviços externos (FES), consideradas pelos MF.

Para estas questões utilizou-se a escala de *Likert*: 1- “Nunca ocorre”; 2- “Ocorre pouco”; 3- “Ocorre com alguma frequência”; 4- “Ocorre com bastante frequência”; 5- “Ocorre com muita frequência”.

Seguem-se os gráficos alusivos às percentagens de respostas para a frequência utilização de testes durante a consulta de vigilância de saúde infantil (FT).

A maioria (55%) dos MF considera utilizar com “muita frequência” a EADMSM para a avaliação do desenvolvimento de comunicação e linguagem. Uma minoria (11%) refere “nunca” utilizar ou utilizar “pouco” este teste (Gráfico 14).

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

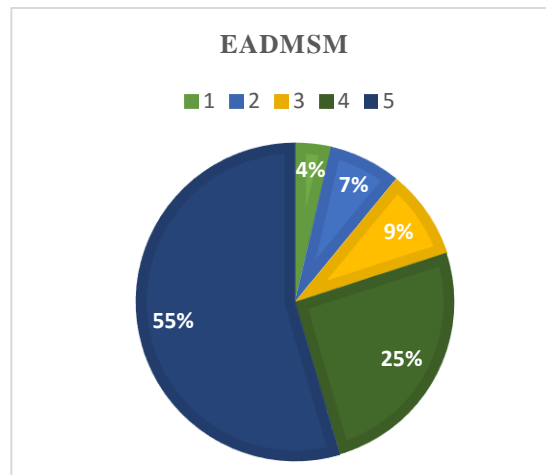


Gráfico 14-Frequência da utilização da EADMSM para avaliação do desenvolvimento de comunicação e linguagem

A maior parte destes profissionais (58%) julga “nunca” recorrer ou recorrer “pouco” a outros testes, enquanto 24% afirmam utilizá-los com “muita frequência” (Gráfico 15).

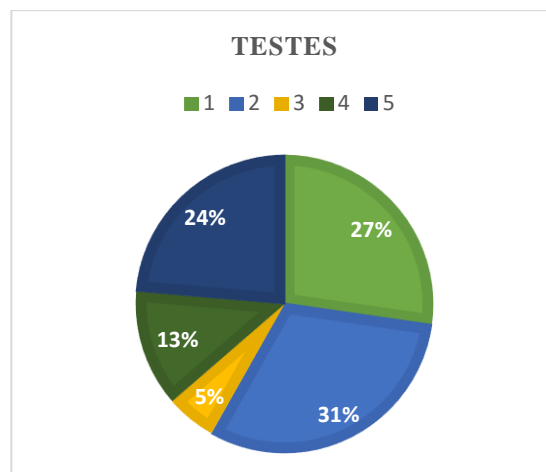


Gráfico 15-Frequência da utilização de testes para avaliação do desenvolvimento da comunicação e linguagem

A ligeira maioria dos MF (53%) “nunca” utiliza ou utiliza com “pouca frequência” o M-CHAT (Gráfico 16).

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

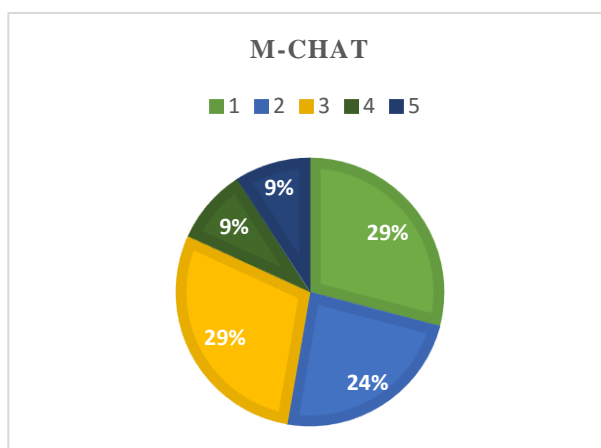


Gráfico 16- Frequência de utilização do M-CHAT

Seguem-se os gráficos de percentagens das respostas de frequência de comportamentos de encaminhamento de crianças com suspeita de PCL para serviços externos (FES), considerada pelos MF. Em primeiro lugar serão apresentados os gráficos relativos aos serviços para onde os MF consideram encaminhar crianças com suspeita de PCL e posteriormente o gráfico alusivo ao seguimento destas crianças após o encaminhamento.

O serviço para onde os MF consideram encaminhar mais frequentemente crianças com PCL é o Hospital. Cerca de 50% considera fazê-lo com “bastante” ou “muita frequência” e nenhum médico afirma “nunca” o ter feito (Gráfico 17).

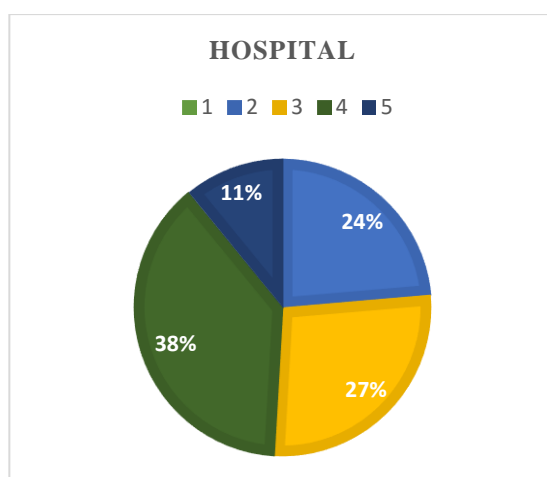


Gráfico 17- Frequência de encaminhamento de crianças com PCL para o Hospital

Seguem-se os encaminhamentos para Clínicas de Medicina Física e Reabilitação (CMFR). Embora cerca de 30% considere encaminhar estas crianças com “bastante” ou

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

“muita frequência” para estas clínicas, 40% julga “nunca” encaminhar ou fazê-lo com “pouca frequência” (Gráfico 18).

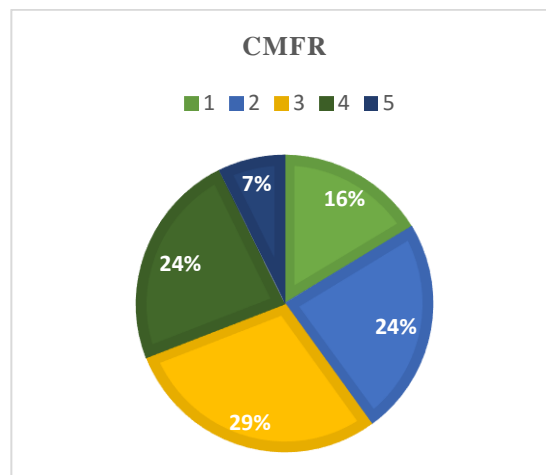


Gráfico 18-Frequência de encaminhamento de crianças com PCL para CMFR

Aproximadamente metade (53%) dos MF julga “nunca” encaminhar ou encaminhar com “pouca frequência” crianças com suspeita de PCL para outros serviços (Gráfico 19).

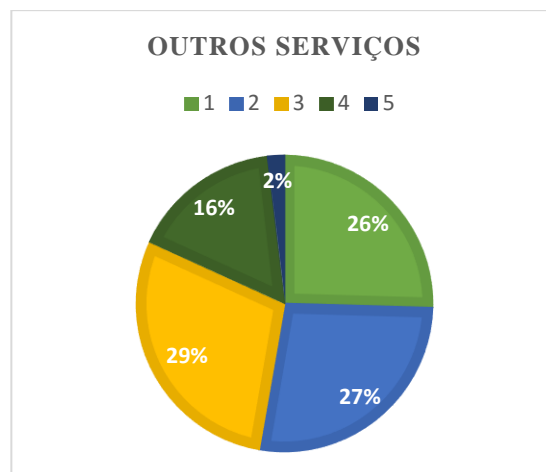


Gráfico 19- Frequência do encaminhamento de crianças com PCL para outros serviços

Por fim, uma maioria destes profissionais (58%) afirma “nunca” referenciar ou referenciar com “pouca frequência” estas crianças para o SNIPI (Gráfico 20).

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

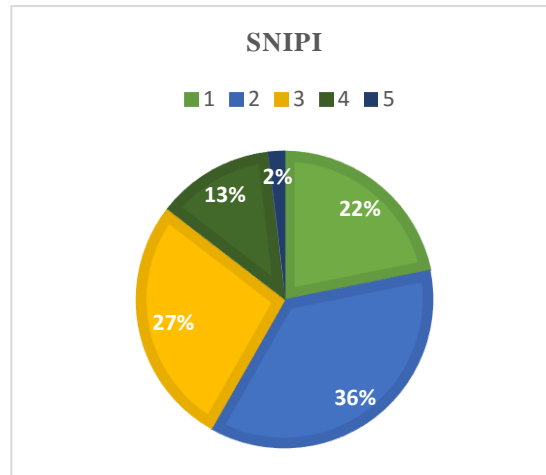


Gráfico 20- Frequência de encaminhamento de crianças com PCL para o SNIPI

Após a análise da frequência de encaminhamentos de crianças com PCL para serviços externos considerada pelos MF, efetuou-se uma análise com objetivo de determinar se algum deles tinha respondido no nível 1 (“Nunca ocorre”) ou 2 (“Ocorre pouco”) da escala de *Likert* para todos os serviços presentes no questionário. Concluiu-se que todos os MF responderam, pelo menos, com nível 3 (“Ocorre com alguma frequência”) para, pelo menos, 1 dos serviços possíveis (Anexo7).

Apesar da maioria (68%) dos MF considerar que segue as crianças encaminhadas, por si, para serviços externos com “alguma”, “bastante” ou “muita frequência”, 27% julgam fazê-lo com “pouca frequência” (Gráfico 21).

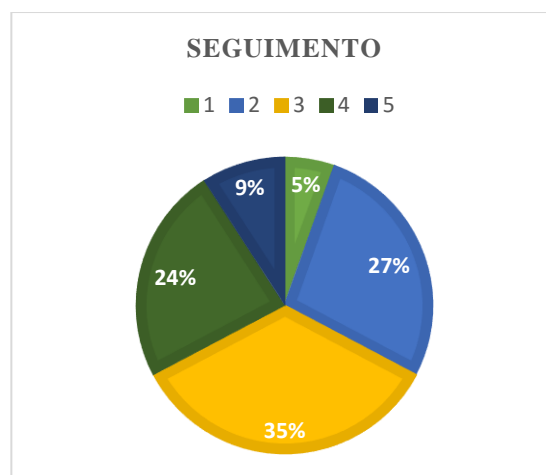


Gráfico 21-Frequência de seguimento das crianças com PCL

### i. Comparação entre grupos socioprofissionais

Na Tabela 6 são apresentados os resultados do teste de *Fisher* relativamente à associação entre as questões de frequência de comportamentos e as variáveis socioprofissionais **sexo e condição profissional**.

Não se verificaram associações estatisticamente significativas, à exceção da associação entre o **sexo** e a frequência de encaminhamentos para o hospital ( $Fisher=0,01 < p\text{-value} < 0,05$ ).

Tabela 6-Associação entre o sexo e a condição profissional e as variáveis de frequência de comportamentos

Variáveis de frequência de comportamentos	Fisher (2-sided)	
	Sexo	Condição Profissional
Utilização de outros testes	0,76	0,11*
Utilização da EADMSM	0,64	1,00
Utilização do M-CHAT	0,13*	0,10*
Encaminhamento para o SNIPI	1,00	1,00
Encaminhamento para o Hospital	0,01 ( $p\text{-value} < 0,05$ )*	0,35
Encaminhamento para CMFR	0,21	0,42
Encaminhamento para outros serviços	1,00	0,79
Seguimento da criança com suspeita de PCL	1,00	0,57

\*Os resultados são descritos neste trabalho por apresentarem um valor de *Fisher*  $< 0,05$  ou por estarem relativamente próximos de 0,05

De seguida, serão descritos os resultados assinalados na Tabela 6 (\*).

#### Sexo versus Encaminhamento para o Hospital

Como se pode verificar na Tabela 7, enquanto a maioria das médicas (85,4%) considera encaminhar crianças para o hospital, pelo menos com alguma frequência, apenas metade dos médicos admite fazê-lo.

Tabela 7-Associação entre o sexo e a frequência de encaminhamentos para o hospital referida pelos MF

			Encaminhamentos para o Hospital		Total
			Nunca ocorre e ocorre pouco	Ocorre com alguma, bastante e muita frequência	
<b>Sexo</b>	Feminino	(n)	6	35	41
		%	14,6%	85,4%	100%
	Masculino	(n)	7	7	14
		%	50,0%	50,0%	100%
Total		(n)	13	42	55
		%	23,6%	76,4%	100%

*Fisher* =0,01 (*p-value* < 0,05)

#### Condição profissional versus Utilização de outros testes

Como pode ser observado na Tabela 8, enquanto mais de metade (51,6%) dos médicos internos admite utilizar com, pelo menos, alguma frequência outros testes, para além da EADMSM, a maioria dos médicos especialistas (70,8%) refere não o fazer ou fazê-lo com pouca frequência.

Tabela 8-Associação entre a condição profissional e a frequência de utilização de outros testes para além da EAMS referida pelos MF

			Utilização de outros testes		Total
			Nunca ocorre e ocorre pouco	Ocorre com alguma, bastante e muita frequência	
<b>Condição profissional</b>	Interno	(n)	15	16	31
		%	48,4%	51,6%	100%
	Especialista	(n)	17	7	24
		%	70,8%	29,2%	100%
Total		(n)	32	23	55
		%	58,2%	41,8%	100%

*Fisher* =0,11

#### Sexo e Condição profissional versus Utilização do M-CHAT

Como se pode verificar na Tabela 9, mais de metade (51,4%) dos médicos internos refere utilizar o M-CHAT, pelo menos, com alguma frequência, enquanto a maior parte (66,7%) dos especialistas considera nunca o utilizar ou utilizá-lo com pouca frequência.

Tabela 9-Associação entre a condição profissional e a frequência de utilização do M-CHAT

			Utilização do M-CHAT		Total
			Nunca ocorre e ocorre pouco	Ocorre com alguma, bastante e muita frequência	
<b>Condição profissional</b>	Interno	(n)	13	18	31
		%	48,6%	51,4%	100%
	Especialista	(n)	16	8	24
		%	66,7%	33,3%	100%
Total		(n)	29	26	55
		%	52,7%	47,3%	100%

*Fisher*=0,10

Na Tabela 10, pode observar-se que a maior parte das médicas (53,7%) refere utilizar o M-CHAT, pelo menos, com alguma frequência, enquanto a maioria dos médicos (71,4%) considera nunca o utilizar ou utilizá-lo com pouca frequência.

Tabela 10-Associação entre o sexo e a frequência de utilização do M-CHAT

			Utilização do M-CHAT		Total
			Nunca ocorre e ocorre pouco	Ocorre com alguma, bastante e muita frequência	
<b>Sexo</b>	Feminino	(n)	19	22	41
		%	46,3%	53,7%	100%
	Masculino	(n)	10	4	14
		%	71,4%	28,6%	100%
Total		(n)	29	26	55
		%	52,7%	47,3%	100%

*Fisher* =0,13

### 1.3. Importância atribuída aos profissionais e ao trabalho de equipa

Seguem-se os gráficos relativos às percentagens de respostas alusivas à importância atribuída ao trabalho de equipa e aos profissionais envolvidos no processo de referenciação (ImpTE) através da escala de *Likert*: 1- “Nada importante”; 2- “Pouco importante”; 3- “Importante”; 4- “Bastante importante”; 5 -“Muito importante”.

Os MF valorizam, na sua grande maioria, o trabalho de equipa, sendo que 71% consideram-no “Muito importante” (Gráfico 22).

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

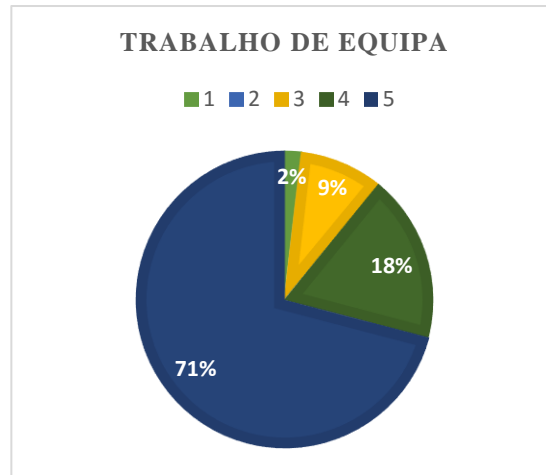


Gráfico 22-Importância do trabalho de equipa para deteção de PCL

Mais de metade dos MF (60%) julgam que desempenham um papel “Muito importante” na deteção de PCL, não havendo nenhum que o ache “Pouco” ou “Nada importante” (Gráfico 23).

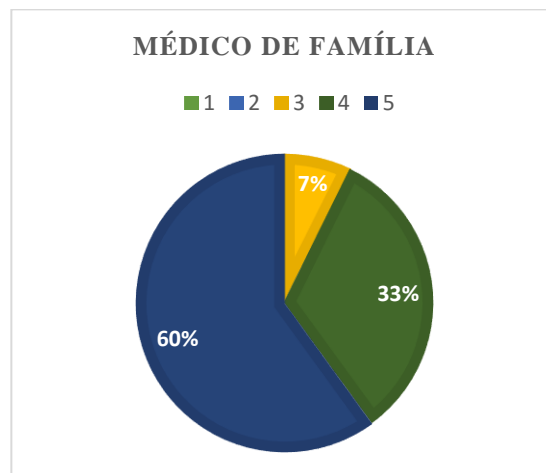


Gráfico 23- Importância do contributo do MF na deteção de PCL

Apesar da maioria dos MF (89%) achar “Muito importante” ou “Bastante importante” a avaliação destes problemas pelo TF, 4% consideram que a colaboração deste profissional é “Pouco” ou “Nada importante” (Gráfico 24).

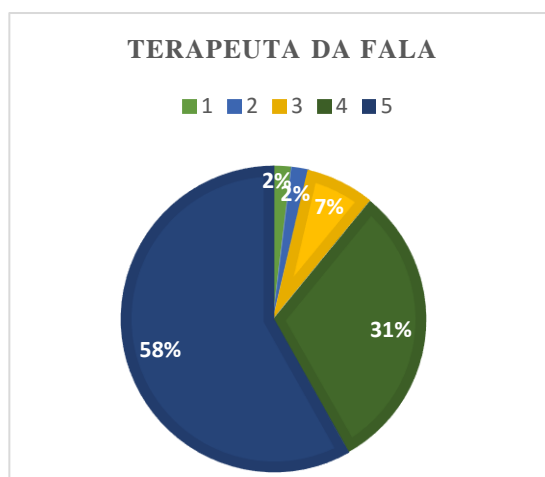


Gráfico 24- Importância da avaliação de PCL efetuada pelo terapeuta da fala

### i. Comparação entre grupos socioprofissionais

Na Tabela 11 são apresentados os resultados do teste de *Fisher* relativamente à associação entre as questões de importância atribuída a profissionais e ao trabalho de equipa e as variáveis socioprofissionais **sexo** e **condição profissional**, não se tendo verificado associações estatisticamente significativas.

Tabela 11- Associação entre o sexo e a condição profissional e a importância atribuída ao contributo dos profissionais de saúde na deteção de PCL

Variáveis de importância a profissionais e ao trabalho de equipa	Fisher (2-sided)	
	Sexo	Condição Profissional
Avaliação em TF	0,06*	0,19
Avaliação pelo MF	-	-
Avaliação em equipa	0,26	0,44

\*Os resultados são descritos neste trabalho por apresentarem um valor de *Fisher* relativamente próximo de 0,05

- O valor de *Fisher* não foi calculado porque todos os médicos responderam no nível 2 (“Importante”, “Bastante importante”, “Muito importante”)

De seguida, serão descritos os resultados assinalados na Tabela 11 (\*).

#### Sexo versus importância atribuída ao TF

Na tabela 12 pode observar-se que parece haver uma tendência para a atribuição de um maior grau de importância à avaliação de PCL pelo TF por parte das médicas (100,0%) do que pelos médicos (85,7%). Contudo, é preciso ter em consideração esta percentagem corresponde a um N de apenas 2 indivíduos do sexo masculino.

Tabela 12- Associação entre o sexo e a importância atribuída à avaliação dos PCL pelo do TF

			Avaliação pelo TF		Total
			Pouco e nada importante	Importante, bastante e muito importante	
Sexo	Feminino	(n)	0	41	41
		%	0,0%	100,0%	100%
	Masculino	(n)	2	12	14
		%	14,3%	85,7%	100%
Total		(n)	2	53	55
		%	3,6%	96,4%	100%

*Fisher*= 0,06

#### 1.4. Importância atribuída a comportamentos e atitudes

Em primeiro lugar serão apresentados os resultados relativos à importância atribuída a comportamentos relacionados com o processo de referenciação e com a consulta de saúde infantil (ImpCPR). Em segundo lugar serão exibidos os dados alusivos à importância atribuída a atitudes perante a deteção de crianças com PCL (ImpAPR).

A escala de *Likert* utilizada foi: 1- “Nada importante”; 2- “Pouco importante”; 3- “Importante”; 4- “Bastante importante”; 5 -“Muito importante”.

Seguem-se os gráficos com as percentagens relativas à atribuição de importância aos comportamentos relacionados com processo de referenciação e com a consulta de saúde infantil (ImpCPR).

O encaminhamento entre os 3 e os 6 anos de idade de crianças com PCL é muito valorizado pela maior parte dos MF. A maioria (71%) considera que este comportamento é “Muito importante” e ninguém o julga “Pouco” ou “Nada importante” (Gráfico 25).

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

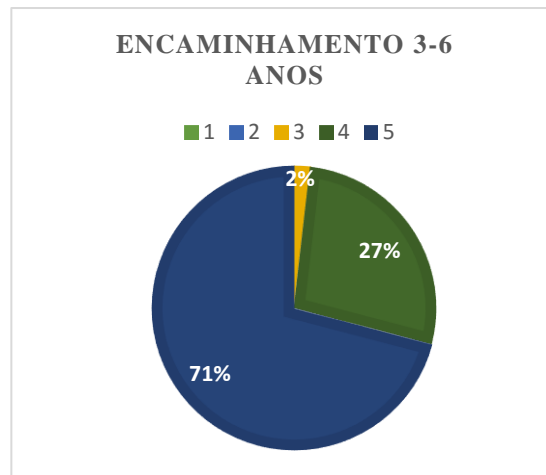


Gráfico 25- Importância do encaminhamento de crianças com PCL dos 3 anos até aos 6 anos

A educação para a saúde, na forma de cuidados antecipatórios, também é considerada pela maior parte (69%) “Muito importante” e por ninguém “Pouco” ou “Nada importante” (Gráfico 26).

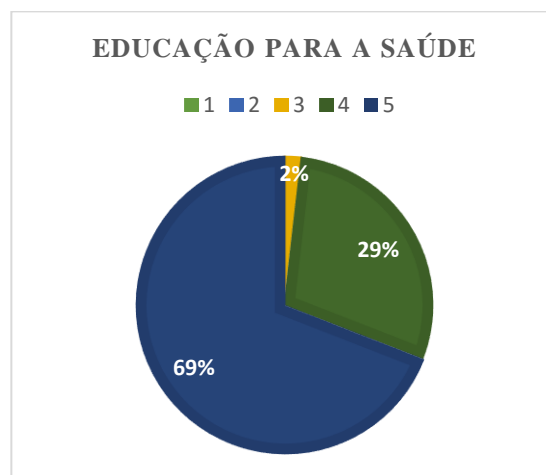


Gráfico 26- Importância da educação para a saúde sobre desenvolvimento de comunicação e linguagem

A possibilidade da realização de rastreios de PCL é considerada “Muito importante” e “Bastante importante” por 85% dos MF, embora 6% achem este comportamento “Pouco importante” (Gráfico 27).

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

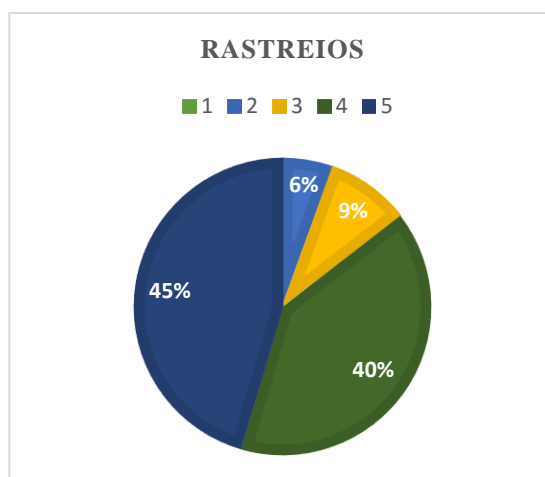


Gráfico 27-Importância da existência de rastreios de PCL na consulta de saúde infantil

Apesar da maioria (62%) dos MF considerar o encaminhamento até aos 36 meses “Bastante” ou “Muito importante”, 9% acham que este comportamento é “Pouco importante” e 29% que é apenas “Importante” (Gráfico 28).

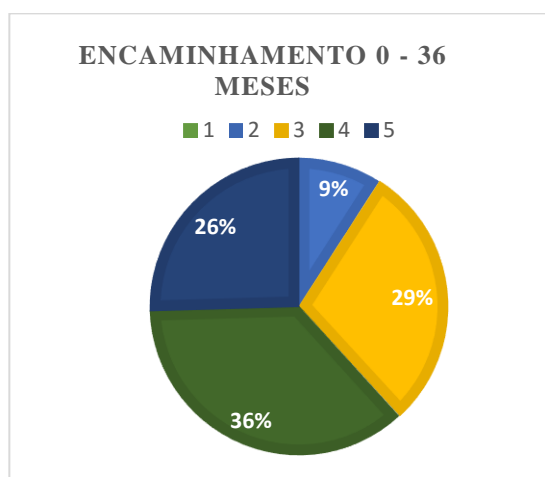


Gráfico 28- Importância do encaminhamento de crianças com PCL até aos 36 meses de idade

Segue-se a análise da importância atribuída a atitudes perante a deteção de crianças com PCL (ImpAPR).

A maior parte (56%) dos MF considera que a atitude “observar, detetar precocemente, encaminhar precocemente” é “Muito importante” e nenhum a julga “Nada importante” (Gráfico 29).

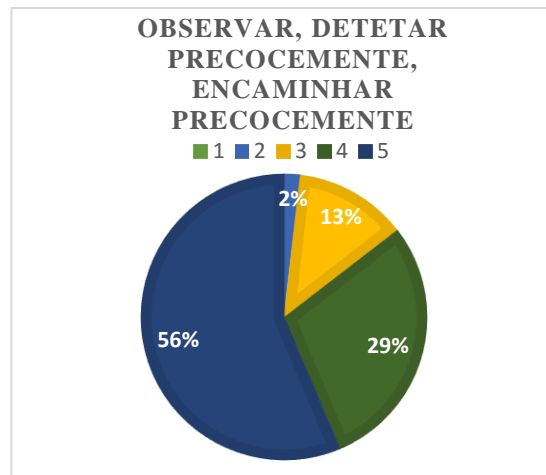


Gráfico 29- Importância da atitude “observar, detetar precocemente, encaminhar precocemente”

Da mesma forma, nenhum destes profissionais considera que a atitude “observar, suspeitar, encaminhar” é “Nada importante”. Quase metade (48%) julga-a “Bastante importante” (Gráfico 30).

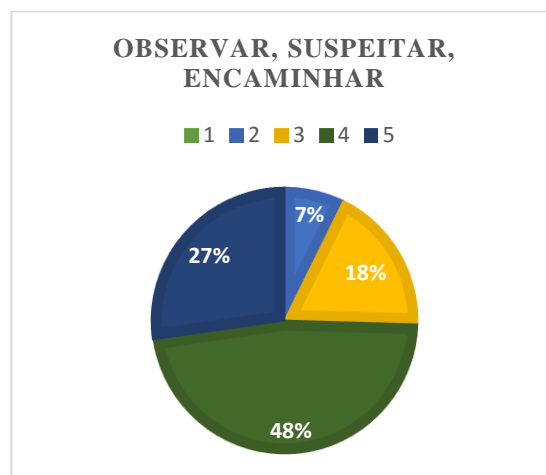


Gráfico 30-Importância da atitude “observar, suspeitar, encaminhar”

A atitude “observar, suspeitar, esperar” é, também, considerada “Bastante importante” por quase metade (45%), embora 11% a julguem “Pouco” ou “Nada importante” (Gráfico 31).

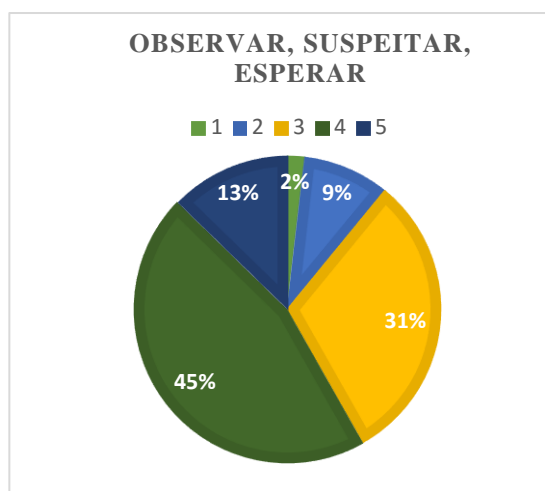


Gráfico 31-Importância da atitude “observar, suspeitar e esperar”

### i. Comparação entre grupos socioprofissionais

Na Tabela 13 são apresentados os resultados do teste de *Fisher* relativamente à associação entre as questões alusivas à importância atribuída a comportamentos e atitudes relacionados com a deteção e referenciação de crianças com PCL (ImpCPR e ImpAPR) e as variáveis socioprofissionais **sexo** e **condição profissional**.

Não se verificaram associações estatisticamente significativas, à exceção da associação entre a **condição profissional** e a importância atribuída ao encaminhamento entre os 0 e os 36 meses.

Tabela 13- Associação entre o sexo e a condição profissional e a importância atribuída a comportamentos e atitudes

Variáveis de importância atribuída a comportamento e atitudes	Fisher (2-sided)	
	Sexo	Condição Profissional
Encaminhamento entre os 0 e os 36 meses	1,00	*0,01 ( <i>p</i> -value <0,05)
Encaminhamento entre os 3 e os 6 anos	-	-
Educação para a saúde	-	-
Rastreio de PCL	0,16	0,58
Atitude “observar, suspeitar, esperar”	1,00	0,39
Atitude “observar, suspeitar, encaminhar”	0,56	1,00
Atitude “observar, detetar precocemente, encaminhar precocemente”	1,00	0,44

\*Os resultados são descritos neste trabalho por apresentarem um valor de *Fisher* <0,05

- O valor de *Fisher* não foi calculado porque todos os médicos responderam no nível 2 (“Importante”, “Bastante importante”, “Muito importante”)

De seguida, serão descritos os resultados assinalados na Tabela 13 (\*).

Condição Profissional versus Importância atribuída ao encaminhamento dos 0 aos 36 meses

Todos os médicos internos (100,0%) consideram, pelo menos, importante o encaminhamento de crianças com suspeita de PCL dos 0 aos 36 meses, enquanto 79,2% dos especialistas atribuem o mesmo grau de importância a este comportamento.

Tabela 14-Associação entre a condição profissional e a importância atribuída ao encaminhamento até aos 36 meses

			Encaminhamento dos 0 aos 36 meses		Total
			Pouco e nada importante	Importante, bastante e muito importante	
<b>Condição profissional</b>	Interno	(n)	0	31	31
		%	0,0%	100,0%	100%
	Especialista	(n)	5	19	24
		%	20,8%	79,2%	100%
Total		(n)	5	50	55
		%	9,1%	90,9%	100%

*Fisher=0,01 (p-value <0,05)*

### 1.5. Interesse na área do desenvolvimento da comunicação e linguagem

Segue-se o gráfico com os dados relativos ao interesse pessoal e profissional dos MF sobre o desenvolvimento de comunicação e linguagem (IntLC), segundo a escala de *Likert*: 1- “Nada interessado (a)”; 2- “Pouco interessado (a)”; 3- “Interessado (a)”; 4- “Bastante interessado (a)”; 5- “Muito interessado (a)”.

Os MF estão na maioria interessados no desenvolvimento de conhecimentos sobre a comunicação e linguagem na criança, sendo que mais de metade se considera “Bastante interessado” (51%) ou “Muito interessado” (15%). Apenas 7% admitem estar “Pouco interessados” e nenhum indica “Nenhum interesse” (Gráfico 32).

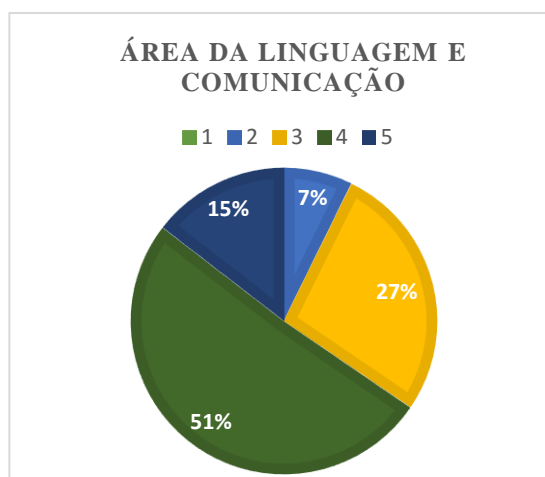


Gráfico 32-Interesse pessoal/profissional na área do desenvolvimento da comunicação e linguagem

### i. Comparação entre grupos socioprofissionais

Na Tabela 15 são apresentados os resultados do teste de *Fisher* relativamente à associação entre a questão acerca do interesse pessoal e profissional sobre o desenvolvimento de comunicação e linguagem (IntLC) e as variáveis socioprofissionais **sexo** e **condição profissional**, não se tendo verificado associações estatisticamente significativas.

Tabela 15- Associação entre o sexo e a condição profissional e o interesse em desenvolver conhecimentos sobre comunicação e linguagem na criança

Variável de interesse	Fisher (2-sided)	
	Sexo	Condição Profissional
Desenvolvimento de conhecimentos na área da comunicação e linguagem	1,00	1,00

## 2. Fatores que podem influenciar a tomada de decisão quanto à referenciação de crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem

De seguida, serão apresentados os resultados relativos à influência que os MF consideram que a preocupação dos pais, os resultados da EADMSM e a satisfação com os serviços externos, exercem sobre a tomada de decisão da referenciação de crianças com suspeita de PCL. Depois, serão apresentados os resultados inerentes às barreiras identificadas pelos MF no que respeita ao processo de referenciação.

## 2.1. Influência da preocupação dos pais, dos resultados da Escala de *Mary Sheridan* e da satisfação com os serviços externos

De seguida são apresentados os gráficos com os dados relativos à influência dos fatores preocupação dos pais, resultados da EADMSM e satisfação com os serviços externos, para a referenciação de crianças com suspeita de PCL (InfFR) segundo a escala de Likert: 1- “Não Influencia”, 2- “Influencia pouco”, 3- “Influencia”, 4- “Influencia Bastante”, 5- “Influencia muito”.

A maioria (53%) dos MF consideram que são “Bastante influenciados” pelas preocupações dos pais com o desenvolvimento de comunicação e linguagem dos seus filhos para proceder à referenciação e nenhum julga que é “Pouco” ou “Nada influenciado” (Gráfico 33).

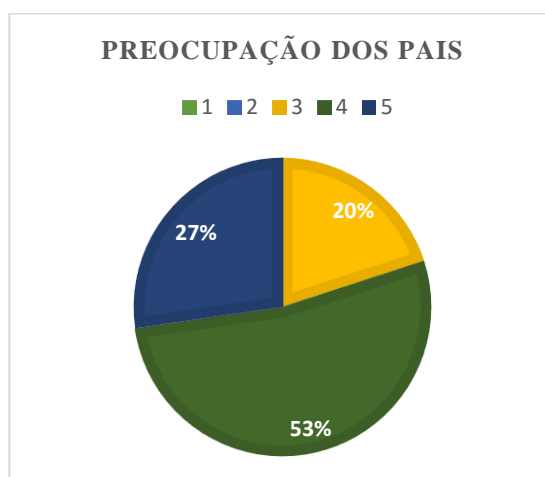


Gráfico 33-Influência da preocupação dos pais com o desenvolvimento de comunicação e linguagem dos filhos para a sua referenciação

A satisfação com os serviços é um fator que influencia “Bastante” 45% dos MF e “Muito” 22% destes profissionais. Apenas 6% se consideram “Pouco influenciados” pela satisfação com os serviços para a tomada de decisão de referenciação e nenhum julga “Não” sentir influência deste fator (Gráfico 34).

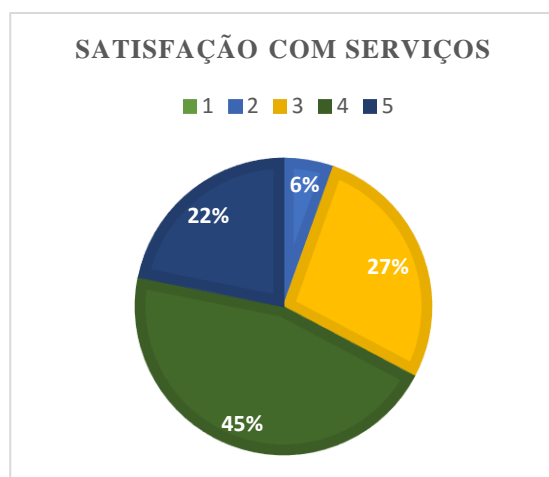


Gráfico 34-Influência da satisfação com os serviços que apoiam crianças com PCL para a sua referenciação

Os resultados da EADMSM também influenciam “Bastante” (56%) ou “Muito” (22%) a tomada de decisão para a referenciação de crianças com PCL. Apenas 9% se consideram “Pouco influenciados” por este fator e nenhum julga “Não” sentir a sua influência (Gráfico 35).

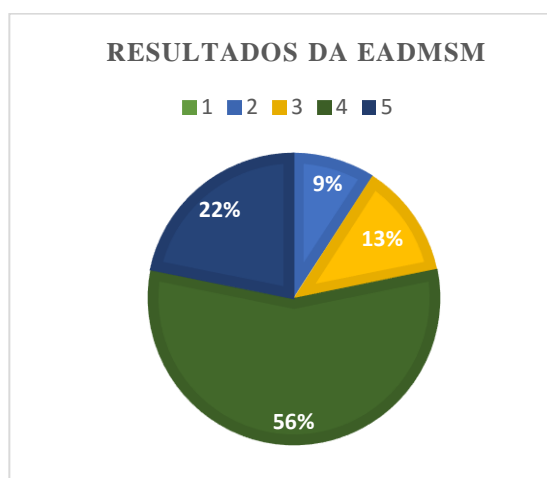


Gráfico 35-Influência dos resultados da avaliação da EADMSM para a sua referenciação

#### i. Comparação entre grupos socioprofissionais

Na Tabela 16 são apresentados os resultados do teste de *Fisher* relativamente à associação entre as questões relativas à influência da preocupação dos pais, dos resultados da EADMSM e da satisfação com os serviços externos e as variáveis socioprofissionais **sexo e condição profissional**.

Não se verificaram associações estatisticamente significativas, à exceção da associação entre a **condição profissional** e os resultados da EADMSM.

Tabela 16- Associação entre o sexo e a condição profissional e a influência de fatores para a referenciação

Variáveis de influência de fatores	Fisher (2-sided)	
	Sexo	Condição Profissional
Resultados da EADMSM	1,00	*0,01( <i>p-value</i> <0,05)
Satisfação com os serviços externos que apoiam as crianças com PCL	0,16	1,00
Preocupação dos pais	-	-

\*Os resultados são descritos neste trabalho por apresentarem um valor de *Fisher* <0,05

- O valor de *Fisher* não foi calculado porque todos os médicos responderam no nível 2 (“Importante”, “Bastante importante”, “Muito importante”)

De seguida, serão descritos os resultados assinalados na Tabela 16 (\*).

#### Condição profissional versus resultados da EADMSM

Como se pode verificar na Tabela 17, todos os médicos internos (100,0%) se consideram, pelo menos, influenciados pelos resultados da EADMSM para efetuar o encaminhamento de crianças com suspeita de PCL, enquanto 79,2% dos médicos especialistas assumem o mesmo nível de influência perante este fator.

Tabela 17- Associação entre a condição profissional e a influência dos resultados da EAMS para a referenciação de crianças com suspeita de PCL

			Resultados da EADMSM		Total
			Influencia pouco e não influencia	Influencia, influencia bastante e muito	
<b>Condição profissional</b>	Interno	(n)	0	31	31
		%	0,0%	100,0%	100%
	Especialista	(n)	5	19	24
		%	20,8%	79,2%	100%
Total		(n)	5	50	55
		%	9,1%	90,9%	100%

*Fisher*= 0,01 (*p-value* <0,05)

## 2.2. Barreiras inerentes ao processo de referenciação identificadas pelos Médicos de Família

Dos 55 médicos que responderam ao questionário, 16 (29,1%) indicaram barreiras ao processo de referenciação. As respostas obtidas foram organizadas em 6 grandes categorias e 14 subcategorias, indicadas na Tabela 18. Posteriormente são apresentados alguns exemplos de referências efetuadas pelos MF.

Tabela 18- Barreiras identificadas pelos MF ao processo de referenciação de crianças com PCL

Categorias	Subcategorias	Frequência de referências	Total
Recursos humanos	Falta de TF nos CSP	4	10
	Falta de TF nos serviços de saúde e educativos	2	
	Poucos recursos	3	
	Profissionais envolvidos no processo	1	
Constrangimentos com serviços	Tempo de espera (resposta/processo)	8	15
	Articulação de serviços e profissionais	3	
	Distância entre serviços	1	
	Financeiros	2	
	Capacidade de resposta	1	
Burocracia	Burocracia	2	2
Lentidão do processo	Lentidão do processo	1	1
Conhecimentos relacionados com o processo de referenciação	Desconhecimento	2	4
	Falta de formação (curso/internato)	2	
Atitude dos pais	Insegurança e desvalorização da referenciação	2	2

No total, os constrangimentos com os serviços foram os mais mencionados. Neste âmbito, a barreira referida com mais frequência foi o *tempo de espera para a obtenção de uma resposta após referenciação*: “Atraso no atendimento pelos cuidados hospitalares das situações referenciadas” (sujeito 20). Também foram apontados problemas com a *articulação entre serviços e profissionais* e a *distância entre serviços*: “Ausência de feedback comunicação entre os serviços” (sujeito 47), “falta de ligação entre terapeutas da fala, médicos, professores e família” (sujeito 32). Para além disso,

foram identificadas *barreiras financeiras* relacionadas com os elevados custos das intervenções fora do sistema público em comparação com os rendimentos das famílias: “existem muito poucas clínicas de fisioterapia que fazem terapia da fala com participação” (sujeito 44), “terapia da fala feita no privado é cara para a maioria das famílias” (sujeito 44). A *distância entre serviços* e a *capacidade de resposta deficitária dos serviços* também foram apontadas: “o Hospital da minha área (...) não tem capacidade de resposta” (sujeito 44). É evidente que a maioria destes constrangimentos são relativos ao hospital. Na articulação entre serviços também são mencionados os serviços escolares. Os serviços de IP nunca foram referidos neste contexto.

Os problemas com recursos humanos foram os segundos mais mencionados. A *ausência de TF* tanto nos CSP como noutros serviços de saúde e educativos também foram bastante referidos: “A referenciação é feita ao hospital de referência em que as Terapeutas da Fala apenas fazem a avaliação diagnóstica. Depois não há capacidade de resposta (pela falta de pessoal) para fazer o acompanhamento terapêutico” (sujeito 27), “Necessidade de terapeuta da fala no ACeS (...), de forma a melhorar a articulação MGF/TF” (sujeito 4), “Terapeutas da fala nas escolas públicas não são suficientes” (sujeito 44), “Não existir terapia da fala nos cuidados primários para avaliação dos casos em que haja dúvidas e acompanhamento daqueles que necessitarem” (sujeito 46). A *falta de recursos humanos* e os *profissionais envolvidos* no processo também foram consideradas barreiras: “A falta de terapeutas da fala ou outros profissionais relacionados, integrados nas equipas multidisciplinares dos CS. É ao nível dos serviços privados que estes profissionais se encontram com mais frequência” (sujeito 50).

A burocracia e a lentidão do processo também foram barreiras identificadas pelos médicos desta amostra: “lentidão do processo” e “burocracia” (sujeito 53).

Outra das categorias encontrada é alusiva aos conhecimentos relacionados com o processo de referenciação, nomeadamente *desconhecimento* e *falta de formação durante o curso ou internato*: “ausência ou desconhecimento de critérios de referenciação bem definidos e disponíveis” (sujeito 13), “falta de formação na área ao longo do curso e do internato” (sujeito 13).

A insegurança e desvalorização dos pais face à referenciação, devido ao receio de estigmatização e ao desconhecimento do impacto dos problemas de linguagem e

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

comunicação respetivamente, também foi considerada uma barreira: “pais renitentes à referenciação por medo à estigmatização” (sujeito 33), “Muitos pais não compreendem que as alterações da linguagem terão impacto na criança, não só a nível de estudos, mas também de socialização e outros (sujeito 44) ”.

## **CAPÍTULO IV- DISCUSSÃO**

Neste capítulo serão discutidos os resultados da investigação de acordo com os referenciais teóricos que constituem a base deste estudo e a investigação relacionada com esta área. Serão dadas respostas às duas questões de investigação de uma forma integrada. Em primeiro lugar, dar-se-á destaque ao perfil dos MF da amostra quanto à referenciação de crianças com PCL. Em segundo lugar, serão discutidos os fatores que podem influenciar a sua tomada de decisão quanto à referenciação destas crianças, destacando as barreiras identificadas pelos MF que participaram neste estudo.

### **1. Perfil do Médico de Família quanto à referenciação de crianças com Perturbações de Comunicação e Linguagem**

Será discutido, o perfil dos MF quanto à referenciação de crianças com PCL, realçando os principais resultados do questionário e comparando-os com a literatura. Assim, em primeiro lugar será discutida a perspetivas que os MF consideram ter quanto ao seu contributo. Depois, será enfatizada a importância atribuída por estes profissionais à deteção e referenciação precoces. De seguida, serão analisados os conhecimentos e satisfação dos MF relativamente ao processo de referenciação. Posteriormente, serão destacados os procedimentos para a deteção de PCL que caracterizam os profissionais desta amostra. Em seguida, será realçada a importância atribuída ao trabalho de equipa. Depois, discutir-se-á a relação dos MF com os serviços externos. Por fim, será abordada a colaboração e a partilha de informações com os pais de crianças com suspeita de PCL.

#### **1.1. Perspetiva do Médico de Família quanto ao seu contributo**

A maioria dos MF neste estudo valoriza bastante ou muito a sua participação na deteção de PCL. Não havendo ninguém que considere o seu papel pouco ou nada importante. Outros estudos de perceção têm revelado que, apesar dos médicos de CSP não se sentirem muito preparados na área do desenvolvimento, consideram-se responsáveis pela deteção deste tipo de problemas (Horwitz et al., 2010, Laraque et al., 2009, Senecky et al., 2007). Não obstante estes resultados positivos, verificou-se que os níveis de satisfação com as informações existentes no PNSIJ, com a formação adicional e com a aprendizagem destes conteúdos no curso, era relativamente baixo. Segundo a literatura a aprendizagem de conteúdos relacionada com o desenvolvimento da criança durante o

curso de medicina e a existência de atualizações nesta área influencia a percepção dos médicos de CSP quanto ao seu contributo (Horwitz et al., 2010, Laraque et al., 2009, Senecky et al., 2007).

Assim, seria interessante compreender se um maior nível de satisfação associado aos conhecimentos e formação disponível influenciaria a opinião dos MF acerca do seu papel como interveniente no processo de referenciação de crianças com PCL.

Os MF revelaram bastante interesse no aprofundamento de conhecimentos na área do desenvolvimento da comunicação e linguagem, havendo uma minoria (7%) que está pouco interessada. Estes resultados encontram-se de acordo com a bibliografia (Senecky et al., 2007). Na Austrália, os médicos de CSP têm requerido formação adicional na área do desenvolvimento para colmatar as dificuldades sentidas (Jeyendra et al., 2013).

## **1.2. Detecção e referenciação precoces**

Os MF consideram, na sua maioria, que as três atitudes apresentadas (“observar, detetar precocemente, encaminhar precocemente”, “observar, suspeitar, encaminhar” e “observar, suspeitar, esperar”) são, pelo menos, importantes, sendo que a mais valorizada foi a relacionada com os comportamentos de deteção e referenciação precoce e a menos a que implicava um período de espera após a suspeita. Na literatura, os autores admitem que uma abordagem de vigilância após a suspeita pode ser adequada. Contudo, defendem que o mais seguro será o encaminhamento precoce assim que se detete algum problema (McLaughlin, 2011, UK National Screening Committee, 2005). Os pais também parecem preferir uma atitude mais proactiva de referenciação, do que uma atitude do tipo “esperar para ver”. Para além disso, demonstram descontentamento quando são tranquilizados indevidamente (Morelli et al., 2014, Sices et al., 2009, Jimenez et al., 2012). Uma abordagem mais passiva pode também arriscar uma referenciação mais tardia de crianças com problemas para os devidos serviços (Zuckerman et al., 2015).

Na presente investigação, a maioria dos médicos (71%) considera muito importante a referenciação de crianças com PCL entre os 3 e os 6 anos, enquanto 26% julga que até aos 36 meses este comportamento é muito importante e 9% acham-no pouco importante. Os médicos internos parecem valorizar mais o encaminhamento em idades inferiores do

que os especialistas. Apesar de ambas as faixas etárias serem consideradas precoces, nos estudos existentes também se verifica que os médicos encaminham preferencialmente crianças mais velhas, mesmo que apresentem os mesmos sinais que crianças mais novas (Sices et al., 2004, Tuominen-Eriksson et al., 2013). Contudo, tem-se verificado uma tendência no sentido da referenciação mais precoce (Dobos Jr et al., 1994). No PNSIJ também se observa esta preocupação, manifestada, entre outros fatores, por uma maior frequência de consultas de vigilância antes dos três anos de idade (DGS, 2013).

Nos EUA, os médicos também afirmam valorizar a deteção precoce de problemas de desenvolvimento (Sices et al., 2003). Com efeito, a maioria dos PCL podem ser detetados a partir dos 2 anos e é importante que a intervenção inicie por volta dessa idade (Tuominen-Eriksson et al., 2013, Van Agt et al., 2011, Bercow, 2008). A suspeita de PCL até aos 36 meses nunca deve ser desvalorizada. Por um lado, pode ser um importante indicador de desenvolvimento, por outro, é muito provável que o problema se mantenha, resultando numa intervenção mais tardia (Toppelberg e Shapiro, 2000, McLaughlin, 2011, Van Agt et al., 2011). Na Suécia a implementação em CSP de um programa de rastreio de PCL aos 3 anos revelou que 1/3 das crianças identificadas com um PCL severo ainda o manifestavam aos 4 anos e 2/5 das mesmas mantinham um problema moderado (Westerlund e Sundelin, 2000). Estes dados reforçam assim, que a referenciação não deve ser adiada nestas idades (McLaughlin, 2011).

Seria interessante analisar as referenciações efetuadas pelos MF para compreender se a valorização da deteção e encaminhamento precoces se relaciona com os comportamentos na prática clínica ou se existem outros fatores que podem influenciar esta decisão.

### **1.3. Conhecimentos e satisfação relativos ao processo de referenciação**

Os MF consideram-se, na sua maioria, satisfeitos ou mais do que satisfeitos com o processo de referenciação. Contudo, foram identificadas barreiras relacionadas com o mesmo, como constrangimentos com os serviços, falta de recursos humanos, falta de conhecimentos, burocracia, lentidão do processo e atitude dos pais.

A maior parte destes profissionais julga-se mais do que satisfeita com as idades-chave recomendadas pelo PNSIJ e com o tempo de duração das consultas de vigilância de saúde infantil. Relativamente à duração das consultas em CSP foi efetuado um estudo em Portugal, que revelou que a maioria dos MF de um serviço se encontrava satisfeita com a sua duração, embora esta investigação não fosse específica para vigilância de saúde infantil (Nogueira, 2002). Todavia, no estudo de Jeyendra et al. (2013), a maioria dos MCG australianos considerou o tempo de consulta nestas idades insuficiente. Salvaguarda-se que não é conhecido o período de tempo da mesma. No que respeita às idades-chave, os resultados deste estudo não estão de acordo com a literatura. Santos e colegas (2011) consideram que o baixo nível de encaminhamento de problemas de desenvolvimento por parte do MF pode ser justificado, entre outros fatores, pelo elevado tempo de intervalo entre as consultas recomendadas pelo PNSIJ.

Uma parte considerável (43%) dos MF julga-se apenas satisfeita com os conhecimentos relativos ao processo de referenciação de crianças com PCL e duas das barreiras identificadas dizem respeito à falta de conhecimento sobre o mesmo. Dois médicos referem a falta de formação, nomeadamente durante o curso e o internato, e o desconhecimento do processo de referenciação. Estas barreiras são compatíveis com os níveis relativamente baixos de satisfação com as informações existentes no PNSIJ sobre este processo (Média de 2,62), com a formação/informação sobre esta área disponível durante a especialização/carreira de MGF (Média de 2,62) e com a aprendizagem de conteúdos relacionados com o desenvolvimento da comunicação e linguagem durante o curso de medicina (Média de 2,38).

Outro dos aspetos que pode indicar algum desconhecimento do processo de referenciação de crianças com PCL relaciona-se com o baixo nível de referenciações que estes médicos consideram efetuar para as ELI do SNIPI. Uma ligeira maioria refere nunca o fazer ou fazê-lo com pouca frequência, apesar de esta ser a recomendação do PNSIJ (DGS, 2013). Da análise qualitativa foi também evidente que os constrangimentos com os serviços se referiam principalmente ao hospital, não havendo referência aos serviços de IP. É possível que uma parte significativa dos MF desta amostra considere que este é o processo de referenciação *standard*, o que mais uma vez indica desconhecimento sobre o mesmo. Estes resultados enquadram-se nos encontrados na literatura. Num estudo, os autores consideraram que os médicos de CSP

revelavam alguma falta de conhecimento sobre o processo de referenciação, porque a existência de um diagnóstico clínico influenciava a tomada de decisão de referenciação para a IP, quando tal não era necessário (Silverstein et al., 2006). A falta de conhecimento dos serviços disponíveis para referenciar as crianças também foi apontada pelos MCG australianos (Jeyendra et al., 2013).

Em suma, uma parte considerável dos MF considera-se satisfeita ou bastante satisfeita com o processo de referenciação, enquanto uma parte significativa dos mesmos revela níveis apenas satisfatórios em relação aos seus conhecimentos sobre este processo e sobre desenvolvimento de comunicação e linguagem, à sua capacidade para a deteção de PCL e para gerir todo o processo, à informação disponível no PNSIJ e à formação adicional existente nesta área. Uma maioria dos MF considera-se pouco satisfeita com a aprendizagem destes conteúdos durante o curso de medicina. Para além disso, foram identificadas barreiras relacionadas com estas questões.

No questionário não é claro se o grau de satisfação se deve à elevada ou à reduzida quantidade de formação/informação disponibilizada. Todavia, pelas respostas qualitativas e pelos contactos efetuados pela investigadora previamente a este estudo, depreende-se que as respostas menos positivas correspondam à falta e não ao excesso de informação. O mesmo acontece para a satisfação com os conhecimentos. Ainda assim, estes resultados podem ter sofrido a influência positiva do questionário como já foi explicado, uma vez que é possível que os participantes se tenham apoiado numa resposta intermédia.

A realização de programas de atualização ou a formação adicional a médicos de CSP e estudantes de medicina na área da saúde mental, do comportamento e do desenvolvimento parecem apresentar resultados bastante positivos na prestação de cuidados a estes pacientes (Patel et al., 2016, Burge et al., 2008, Charney, 1989). Este tipo de investimento académico e formativo também tem efeitos benéficos ao nível das práticas de rastreio. Num estudo americano verificou-se que médicos de CSP que receberam formação adicional detalhada sobre práticas de rastreio passaram a aplicar com mais frequência testes em comparação com o que faziam anteriormente e com os seus colegas que não frequentaram esta formação (Honigfeld et al., 2012).

Atendendo a que a maioria dos MF desta amostra revela interesse em aprofundar conhecimentos sobre desenvolvimento de comunicação e linguagem, seria interessante compreender se a implementação de um programa de treino ou formação adicional sobre PCL durante ou depois do curso de medicina em Portugal, também se refletiria num aumento de referenciações mais atempadas e informadas por parte dos MF. Também era importante compreender qual a ligação que os MF têm com o SNIPI, qual a perspetiva das ELI em relação ao processo de referenciação a partir dos CSP e qual o trabalho que tem sido realizado para aproximar estes serviços nas várias regiões do país.

#### **1.4. Procedimentos para a deteção de Problemas de Comunicação e Linguagem**

Uma ligeira maioria dos MF refere utilizar a EADMSM com muita frequência para a avaliação do desenvolvimento de comunicação e linguagem. A frequência declarada de utilização de outro tipo de testes é bastante inferior, sendo que a maior parte não os utiliza ou utiliza pouco. O mesmo acontece para o M-CHAT. Estes resultados encontram-se de acordo com a literatura. Em Portugal, tal como noutros países, verifica-se uma maior tendência para a utilização de instrumentos de avaliação informais, nomeadamente daqueles baseados em marcos de desenvolvimento e sinais de alerta incluídos no processo de saúde eletrónico, como é o caso da EADMSM (DGS, 2013, Sices et al., 2003, Alexander e Pion Kao, 1999, Glascoe, 1991, Ontario College of Family Physicians, 2010, Practicioners, 2012, Morelli et al., 2014). Este tipo de instrumento não fornece valores normativos, detetando apenas 30% a 40% das crianças com problemas (Glascoe, 2015). Contudo, auxilia o médico na tomada de decisão para a referenciação, promovendo uma atitude mais proativa perante a mesma (Rourke et al., 2014, Helth, 2014, Practicioners, 2012, DGS, 2013, Sices et al., 2003).

Apesar da maioria dos MF recorrer pouco ou nada a outros testes para a avaliação do desenvolvimento de comunicação e linguagem, 24% refere que os utiliza com muita frequência. Como no questionário não estava especificada a natureza dos testes, não se percebe se são de carácter formal. Acrescenta-se que parece haver uma tendência para a maior utilização destes testes pelos internos, embora estes resultados não sejam estatisticamente significativos. Nos EUA, aproximadamente metade dos médicos de CSP utiliza testes de rastreio formais (Sices et al., 2003). Este tipo de instrumentos apresenta uma taxa de deteção de problemas de desenvolvimento superior a 70% (Glascoe, 2015). Os elevados níveis de especificidade e sensibilidade dos testes formais

são mencionados no PNSIJ (DGS, 2013). No entanto, após uma revisão das práticas em CSP sobre o desenvolvimento dos 0 aos 3 anos de idade, Sices e Fund (2007) alertam para possíveis constrangimentos da utilização de instrumentos formais durante a consulta, como a necessidade de mais tempo, o risco de se prestar menos atenção às informações dos pais, a perda de capacidades de observação clínica e o aumento de burocracia.

Não obstante, a aplicação de questionários padronizados dirigidos aos pais no contexto de CSP, é cada vez mais recomendada. Para a deteção de PCL dos 0 aos 5 anos encontra-se num estudo o *MacArthur Bates Communication Development Inventory* (CDI) e o *Language Development Survey* (LDS) (Berkman et al., 2015). Em Portugal, o único instrumento do género que consta no PNSIJ é o M-CHAT. Este questionário destina-se ao rastreio de PEA aos 18 meses de idade. Contudo, a maioria dos MF desta amostra refere utilizá-lo com pouca ou nenhuma frequência. Parece haver uma tendência por parte das médicas e dos internos para uma maior utilização deste teste, embora os resultados não sejam estatisticamente significativos.

Os resultados encontrados são compatíveis com a literatura. Num estudo efetuado nos EUA, os médicos de CSP admitiram usar instrumentos de rastreio validados esporadicamente e apenas quando os pais se mostravam preocupados (Morelli et al., 2014). Não parece que esta situação decorra da dificuldade de administração ou do tempo necessário para aplicação do M-CHAT, uma vez que tem sido descrito como rápido e fácil de utilizar (Honigfeld et al., 2012). O problema poderá residir principalmente na falta de formação. Num estudo efetuado nos EUA houve um aumento da utilização de instrumentos de rastreio, onde se incluía o M-CHAT, após formação adicional a médicos de CSP, dos quais MF (Honigfeld et al., 2012, DGS, 2013). Contudo, Glascoe (2015) recomenda que este teste seja apenas administrado após a aplicação de outros de desenvolvimento mais abrangentes, uma vez que não identifica a maioria das crianças com alterações mais comuns como perturbações de linguagem, intelectuais ou dificuldades de aprendizagem.

Ainda é necessário ter em conta a importância do juízo clínico durante o processo de referenciação. Numa investigação onde se detetaram problemas de desenvolvimento em 24% das crianças, através da aplicação de testes de rastreio, observou-se que apenas 9,2% foram encaminhada para os serviços de IP pelos médicos de CSP, o que pode

indicar uma confiança maior no juízo clínico do que no resultado dos testes (Morelli et al., 2014). Talvez os MF desta amostra também confiem mais nas suas capacidades de observação clínica do que nos resultados do M-CHAT, o que poderá justificar a reduzida aplicação do mesmo.

Nesta investigação, mais de metade dos MF atribui bastante ou muita importância à possibilidade de rastreios na consulta de vigilância de saúde infantil para deteção de PCL. Na literatura existem estudos de elevado valor científico que indicam o sucesso de programas de rastreio de PCL em idade precoce implementados em CSP (Nelson et al., 2005, Van Agt et al., 2011, EPIC, 2013). Porém, também são encontradas barreiras à utilização de testes, necessariamente associados ao rastreio, como o tempo elevado para a sua aplicação, a falta de preparação e de remuneração para os administrar (Sices et al., 2003, Sices e Fund, 2007, Morelli et al., 2014). Neste estudo os MF não apontaram nenhuma barreira desta natureza, provavelmente porque não há um programa de rastreio estruturado nesta área. Apesar da sua maioria parecer recetiva à existência de rastreio de PCL, não é conhecida a sua opinião acerca do modelo mais apropriado para a sua implementação. Segundo a literatura sabe-se que noutros países, devido ao constrangimento de tempo, é solicitada a colaboração de outros profissionais, nomeadamente de enfermeiros (Jeyendra et al., 2013, Westerlund e Sundelin, 2000).

Estudos recentes aconselham a integração de questionários dirigidos aos pais no processo eletrónico de saúde. Os pais podem preenche-los em casa e entregam-nos às assistentes de CSP, que os cotam através de um programa em que os resultados são apresentados automaticamente. Quando a criança é consultada o médico tem conhecimento dos resultados e dos eventuais sinais de alerta, o que permite uma abordagem mais compreensiva perante os pais (Honigfeld et al., 2012, Glascoe, 2015, Morelli et al., 2014). Um destes sistemas, o *PEDStestOnline* ([www.pedstest.com/online](http://www.pedstest.com/online)), inclui o M-CHAT, o PEDS e o PEDS *Developmental Milestones* (PEDS:DM) (Glascoe, 2015). O ASQ também já foi utilizado neste contexto. Este tipo de procedimento resultou num maior número de referenciações (Morelli et al., 2014).

O rastreio com recurso a instrumentos disponíveis On-line parece ser o futuro dos procedimentos de referenciação de crianças com problemas de desenvolvimento em CSP. Por um lado, implica menos custos e, por outro, garante um aproveitamento mais

eficiente do tempo, promovendo uma maior utilização de instrumentos de rastreio e, em última instância, maiores taxas de referenciação.

Considera-se que seria interessante saber se o aumento de conhecimentos envolvido na aplicação de testes e/ou se uma otimização do processo de referenciação, a nível burocrático, também resultaria numa maior percentagem de utilização destes instrumentos e conseqüentemente num maior nível de referenciação.

Em suma, neste estudo, metade dos médicos está apenas satisfeita com a eficácia da EADMSM para a deteção de PCL e alguns consideram utilizar outros testes, principalmente os internos. Para além disso, a sua maioria valoriza bastante ou muito a existência de rastreios de PCL. Estes podem ser indicadores de receptividade à utilização de testes complementares que sejam mais esclarecedores acerca dos PCL. Talvez, a utilização de um teste como o RALF (preferencialmente em formato On-line), enquadrado num programa de rastreio dirigido a PCL, pudesse ser uma boa opção para um contexto como o dos CSP. Por outro lado, a baixa adesão referida pelos MF do presente estudo ao M-CHAT pode ser um indicador de baixa receptividade a outros instrumentos. Porém, salvaguarda-se, que estes resultados podem estar relacionados com a falta de conhecimento relativamente a este teste.

### **1.5. Trabalho de equipa**

A grande maioria dos MF valoriza bastante ou muito a colaboração em equipa, ou seja, entre a MGF e a TF, e a avaliação de PCL pelo TF. Estes resultados refletem-se também nas barreiras identificadas pelos médicos neste estudo. A segunda maior dificuldade sentida pelos MF refere-se à falta de recursos humanos, nomeadamente de TF para o acompanhamento destas crianças, quer a nível de cuidados de saúde primários e secundários, quer a nível escolar. Um dos médicos da amostra afirma que a inexistência de TF no seu ACeS dificulta o processo de deteção, uma vez que avaliação deste profissional seria útil em caso de dúvida.

Esta valorização e preocupação é compatível com a bibliografia. Os médicos em CSP consideram importante a participação de outros profissionais de saúde, incluindo TF, durante o processo de deteção (McLaughlin, 2011, Santos et al., 2011). McLaughlin (2011) afirma que em caso de suspeita de PCL, a colaboração do TF é o preditor mais

fiável para a necessidade de intervenção ou não. Noutro estudo, a falta de outros profissionais em CSP durante o processo de deteção de PCL, também foi considerada uma barreira ao processo de referenciação pelos médicos de CSP (Sices et al., 2003). Na Holanda, tal como em Portugal, normalmente o trabalho de colaboração entre profissionais de saúde, para além do médico de CSP e do enfermeiro, não é estruturado. Num estudo realizado neste país sobre o trabalho de equipa entre estes técnicos, como MCG, TF, entre outros, determinou-se que a maior barreira para o trabalho interprofissional era a falta de uma visão comum sobre os procedimentos mais adequados a uma prática conjunta. Outras dificuldades mencionadas foram a falta de integração sentida pelos profissionais de saúde em relação aos MCG e a falta de conhecimento em relação ao trabalho uns dos outros (Stans et al., 2013). Assim, seria interessante compreender qual a perceção que os outros profissionais, nomeadamente os TF, têm em relação ao trabalho do MF, para tentar estabelecer pontes e promover a colaboração que é considerada importante pela maioria dos médicos desta amostra.

O trabalho em equipa desenvolvido por profissionais de diversas áreas é cada vez mais valorizado. Um exemplo disso é a eficácia e a boa relação custo-benefício dos programas de orientação parental efetuados por profissionais de saúde, como psicólogos, dirigidos a problemas de desenvolvimento e comportamentais implementados nos CSP (Tellegen e Sanders, 2012, Reid et al., 2012). Para além disso, atualmente, defende-se que a atuação do TF deve ocorrer ao nível da prevenção primária (Law et al., 2013). Da análise fatorial realizada neste estudo, um dos fatores extraídos agrupava a importância atribuída à deteção precoce, a atitude “observar, detetar precocemente e encaminhar precocemente” e o trabalho de equipa. Assim, talvez os MF se sintam mais confortáveis com a deteção de PCL em idades precoces caso este trabalho seja efetuado em equipa. Seria útil verificar os resultados da implementação deste tipo de programas em CSP para crianças com PCL desenvolvidos por uma equipa onde se incluísse o TF.

### **1.6. Relação com os serviços**

Os MF parecem referenciar mais crianças para o hospital e menos para o SNIPI. Os problemas que identificaram estão frequentemente associados ao tempo de resposta hospitalar e à falta de *feedback* deste serviço, o que também está de acordo com a literatura (Santos et al., 2011). A falta de respostas ao nível das CMFR também foi

mencionada. O baixo nível de referenciações que estes médicos consideram efetuar para o SNIPI encontra-se de acordo com o descrito para a realidade portuguesa (Peixoto et al., 2011, Peixoto, 2007). Como já foi referido, estes resultados podem indicar falta de conhecimento por parte dos MF em relação ao SNIPI, sistema que apesar de ser nacional, ainda tem relativamente pouco tempo de existência.

O sexo do médico parece influenciar a disposição para efetuar referenciações. Tal como está descrito na bibliografia, neste estudo, também se observou que as médicas da amostra referem realizar mais encaminhamentos para o hospital do que os homens (Sices et al., 2004).

Uma parte significativa dos MF desta amostra (38%) está pouco ou nada satisfeita com a resposta dos serviços que apoiam crianças com PCL. Para além disso, as barreiras mais mencionadas pelos MF foram as relacionadas com constrangimentos com os serviços. É importante referir que na questão relacionada com a influência da satisfação com os serviços, não era especificado o serviço. Pelas respostas ao questionário, depreende-se que muitos dos MF desta amostra se referissem ao hospital, uma vez que é para este serviço que consideram encaminhar crianças com mais frequência e é este o mais mencionado nas barreiras identificadas pelos mesmos. Os serviços do SNIPI nunca foram referidos neste contexto. Para além disso, este sistema também é aquele para onde os MF consideram referenciar crianças com PCL com menos frequência.

### **1.7. Informar e colaborar com os pais**

A educação para a saúde sobre o desenvolvimento de comunicação e linguagem é muito valorizada pela maioria dos MF deste estudo. Estes dados encontram-se de acordo com o estabelecido na literatura (Jeyendra et al., 2013, DGS, 2013, Nunes e Ayala, 2010). Os cuidados antecipatórios são considerados um elemento muito importante da consulta de vigilância infantil, uma vez que os pais valorizam o aconselhamento do médico sobre o desenvolvimento dos seus filhos (Nunes e Ayala, 2010). Contudo, seria interessante saber qual a perspetiva dos pais que recebem estes cuidados antecipatórios em Portugal, uma vez que nos EUA um estudo indica que estes gostariam de ser mais acompanhados e informados pelos médicos de CSP (Bethell et al., 2004).

Para além dos MF desta amostra valorizarem a educação para saúde, também se consideram, na sua maioria, bastante influenciados pela preocupação dos pais com o

desenvolvimento de comunicação e linguagem dos seus filhos para a sua referenciação. Segundo a literatura, esta parece ser uma perceção sensata, uma vez que os autores defendem que o médico pode tomar a decisão de seguir atentamente a criança com suspeita de PCL, à exceção de quando os pais estão preocupados. Nesse caso deve ser encaminhada (UK National Screening Committee, 2005). Para além disso, os pais são muitas vezes integrados no processo de avaliação de problemas de desenvolvimento durante a consulta de vigilância de saúde infantil e são considerados, na sua maioria, fontes fidedignas de informação no que respeita o desenvolvimento dos seus filhos. Contudo, a ausência de preocupação parental não implica a ausência de problemas de desenvolvimento (Departm, 2009, Pinto, 2009, Glascoe, 1991, McLeod e Harrison, 2009, DGS, 2013).

A falta de confiança sentida por médicos de CSP nas informações fornecidas pelos pais e nos seus conhecimentos sobre desenvolvimento foi apontada como uma barreira ao processo de referenciação, na literatura (Morelli et al., 2014). Seria interessante compreender se os MF desta amostra sentem o mesmo e se níveis mais elevados de confiança nas informações fornecidas pelos pais se traduzem num maior grau da sua influência e, conseqüentemente, em maiores níveis de referenciação.

Não obstante a valorização dos MF relativamente ao papel dos pais neste processo, uma das barreiras identificadas neste estudo prende-se com a sua atitude perante o processo de referenciação. Um médico refere o receio parental relativamente à estigmatização, caso a criança seja referenciada. Outro MF destaca a falta de conhecimento e compreensão dos pais sobre o impacto dos PCL na vida da criança. Estas preocupações também podem ser encontradas na bibliografia (Morelli et al., 2014, Jimenez et al., 2014). A resistência à referenciação por parte dos pais pode implicar uma maior capacidade dos MF para os informar sobre suspeitas de PCL. Neste estudo, uma ligeira maioria dos MF considera-se bastante ou muito satisfeita com as suas capacidades para informar os pais acerca da suspeita de PCL. Os médicos do sexo masculino e os especialistas parecem ter um maior grau de satisfação sobre estas capacidades, apesar destes valores não serem estatisticamente significativos.

No estudo de Morelli e colegas (2014), apenas 80% dos pais que referiram que gostariam que o filho fosse recomendado para IP caso fosse necessário, aceitaram efetivamente a referenciação, no momento em que o médico a sugeriu. A atitude dos pais pode influenciar a continuidade do processo de referenciação, pelo que seria útil

uma investigação mais aprofundada, acerca desta questão, direcionada aos MF e aos pais.

## **2. Fatores que podem influenciar a tomada de decisão quanto à referenciação de crianças com Perturbações de Comunicação e Linguagem**

Serão discutidos os resultados relacionados com o grau de influência atribuído aos três fatores “preocupação dos pais”, “resultados da EADMSM” e “satisfação com os serviços externos”, que foram obtidos das respetivas perguntas do questionário sobre influência. Depois, serão relacionados alguns aspetos que constam na literatura com as respostas dos MF ao questionário, estabelecendo-se eventuais fatores de influência. Por fim, serão discutidas, mais detalhadamente, as barreiras ao processo de referenciação identificadas por estes MF, relacionando-as com a literatura e contemplando a influência que podem ter na tomada de decisão para a referenciação de crianças com suspeita de PCL

### **2.1. Influência da preocupação dos pais, dos resultados da Escala de *Mary Sheridan* e da satisfação com os serviços externos**

Os MF consideram-se, na sua maioria, bastante influenciados pela preocupação dos pais com o desenvolvimento de comunicação e linguagem dos seus filhos para a sua referenciação. Considera-se que este pode ser um fator que influencia positivamente a tomada de decisão destes profissionais.

A maioria dos médicos sente-se bastante ou muito influenciada pela satisfação com os serviços que apoiam crianças com PCL para a sua referenciação e apenas 9% se consideram pouco influenciados. Contudo, 38% dos mesmos julgam-se pouco ou nada satisfeitos com a resposta dos serviços externos. Para além disso, as barreiras mais mencionadas pelos MF foram as relacionadas com constrangimentos com os mesmos, como o tempo de espera para a obtenção de uma resposta ou de um atendimento, a falta de articulação entre serviços e a própria distância entre os serviços. Estes resultados encontram-se de acordo com a literatura. A falta de *feedback* e de articulação entre serviços é uma preocupação dos MF e pediatras de CSP (Jeyendra et al., 2013, Santos et al., 2011). Este descontentamento juntamente com o elevado grau de influência da satisfação com os serviços poderão refletir-se no seguimento que é feito das crianças

com PCL nos CSP, quando são encaminhadas. Neste estudo, aproximadamente 30% dos MF admite não seguir ou seguir com pouca frequência estas crianças.

Esta situação é particularmente importante, uma vez que, segundo a bibliografia, parece haver uma relação estreita entre a satisfação com os serviços externos e o ato de referenciação. Num estudo, concluiu-se que os pediatras apresentam uma tendência para referenciar menos, caso não confiem na rede de apoio existente para a criança e sua família. Assim, a falta de organização da rede de serviços foi considerada uma das barreiras à prestação de cuidados a crianças com problemas de desenvolvimento (Sices e Fund, 2007).

No estudo de Senecky et al. (2007), um dos fatores que parece influenciar os pediatras de CSP na tomada de decisão de referenciação é a satisfação com os serviços de apoio ao desenvolvimento infantil (incluindo serviços com recursos técnicos como fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala). Neste estudo, também foram identificadas barreiras relacionadas com a falta de recursos humanos, nomeadamente TF, nos potenciais serviços externos. Outro motivo que também poderá contribuir para a reticência dos médicos de CSP em encaminhar, caso não estejam satisfeitos com as respostas existentes, relaciona-se com um dos princípios da realização de rastreios em saúde: o tratamento deve ser bem estabelecido, eficaz e disponível (Sence about Science, 2015). Assim, considera-se que a satisfação com os serviços poderá ser um fator que influencia negativamente uma parte significativa dos MF deste amostra na tomada de decisão para a referenciação de crianças com PCL.

Neste estudo, mais de metade dos MF afirma que os resultados da EADMSM influenciam bastante a tomada de decisão para a referenciação, não havendo ninguém que não se sinta influenciado, sendo que os médicos internos parecem sentir mais esta influência do que os especialistas. Contudo, cerca de metade dos médicos está apenas satisfeita com a eficácia deste instrumento para a deteção de PCL.

Outro dado que se pode acrescentar é um dos resultados da análise fatorial. O sexto fator extraído agrupava a frequência de encaminhamento para o hospital e a frequência de utilização da EADMSM, o que pode indicar que, de facto, há uma influência entre os resultados do teste ou a predisposição para o utilizar e a tomada de decisão para a referenciação.

Uma vez que a satisfação com a EADMSM não é muito elevada e que os seus resultados parecem exercer um grau de influência considerável na tomada de decisão do MF, este poderá ser um fator que influencia alguns MF a referenciar, enquanto noutros poderá ter o efeito inverso.

## **2.2. Outros fatores que podem influenciar a tomada de decisão dos Médicos de Família**

Segundo Senecky et al. (2007), a satisfação com os conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil é um dos fatores que influencia os pediatras de CSP a referenciar crianças com este tipo de problemas. Num estudo de Sices et al. (2004) verificou-se que os médicos de CSP com um maior nível de formação na área da saúde infantil referenciam mais crianças com problemas de desenvolvimento. Nesta investigação, a maioria dos MF está apenas satisfeita com os seus conhecimentos sobre desenvolvimento de comunicação e linguagem e com as suas capacidades para a deteção de PCL. Esta poderá ser uma barreira à referenciação destas crianças. Por outro lado, alguns médicos sentem-se bastante satisfeitos com os seus conhecimentos e capacidades, o que pode originar mais referenciações.

A satisfação com a formação adicional disponível e de fácil acesso na área do comportamento e das dificuldades de aprendizagem, também é um dos fatores que influencia a referenciação (Senecky et al., 2007). Nesta investigação, quase metade dos MF manifestou-se pouco ou nada satisfeita com a informação adicional sobre desenvolvimento de comunicação e linguagem e com a informação disponibilizada no PNSIJ sobre esta área. Este pode, também, ser um dos fatores que influencia negativamente o MF a referenciar.

A realização do curso de medicina num país que invista em conteúdos relacionados com a área do desenvolvimento é outro dos fatores que influencia a referenciação (Senecky et al., 2007). Nesta investigação, a maioria do MF considerou-se nada ou pouco satisfeita com a aprendizagem de conteúdos sobre desenvolvimento de comunicação e linguagem na criança durante o curso de medicina. Este poderá ser mais um dos fatores que influencia negativamente a tomada de decisão de referenciação de crianças com PCL.

### 2.3. Barreiras no processo de referenciação identificadas pelos Médicos de Família

As barreiras identificadas pelos médicos de CSP, inerentes ao processo de referenciação, podem limitar a tomada de decisão para o encaminhamento da criança com problemas de desenvolvimento (Sices e Fund, 2007, Snecky et al., 2007). Neste estudo, os MF identificaram algumas barreiras que poderão influenciar a tomada de decisão relativamente à referenciação de crianças com PCL.

Como se pode verificar na Tabela 19, todas as categorias encontradas neste estudo são compatíveis com a literatura relativamente à referenciação de problemas de desenvolvimento. Estas estão relacionadas com os recursos humanos, os constrangimentos com os serviços, com a burocracia, com a lentidão do processo, com os conhecimentos relacionados com o processo de referenciação e com a atitude dos pais (Santos et al., 2011, Jeyendra et al., 2013, Sices et al., 2003, Jimenez et al., 2014, Morelli et al., 2014).

Tabela 19-Barreiras identificadas pelos MF inerentes ao processo de referenciação de crianças com PCL e barreiras identificadas por médicos de CSP, encontradas na literatura, inerentes à referenciação de problemas de desenvolvimento

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Literatura</b>
Recursos humanos	Falta de TF nos CSP	(Sices et al., 2003, Santos et al., 2011)
	Falta de TF nos serviços de saúde e educativos	
	Poucos recursos	
	Profissionais envolvidos no processo	
Constrangimentos com serviços	Tempo de espera (resposta/processo)	(Santos et al., 2011, Jeyendra et al., 2013, Sices e Fund, 2007)
	Articulação de serviços e profissionais	
	Distância entre serviços	
	Financeiros	
	Capacidade de resposta	
Burocracia	Burocracia	(Sices e Fund, 2007)
Lentidão do processo	Lentidão do processo	(Sices e Fund, 2007)
Conhecimentos relacionados com o processo de referenciação	Desconhecimento	(Sices e Fund, 2007)
	Falta de formação (curso/internato)	
Atitude dos pais	Insegurança e desvalorização da referenciação	(Jimenez et al., 2014, Morelli et al., 2014)

Segundo Sices et al. (2003) e Santos et al. (2011), a ausência de outros profissionais de saúde durante o processo de avaliação, é uma barreira inerente ao processo de referenciação de crianças com problemas de desenvolvimento. Neste estudo, a falta de TF em CSP, bem como os profissionais envolvidos no processo também foram consideradas limitações ao processo. Este aspeto, juntamente, com a valorização do papel do TF e do trabalho de equipa na deteção de PCL, pelos MF desta amostra, poderá influenciar negativamente a decisão do MF para a referenciação.

A falta de um sistema estruturado de referenciação também é uma das barreiras identificadas na literatura (Sices e Fund, 2007). Apesar de neste estudo, não ter sido identificado, especificamente, este problema, foram mencionadas barreiras relacionadas com a organização do processo, como a burocracia e a lentidão do mesmo. Segundo Morelli, et al. (2014), a desorganização e/ou as dificuldades burocráticas inerentes ao processo de referenciação podem desmotivar o médicos de CSP a referenciar a criança com problemas de desenvolvimento.

Num estudo efetuado nos EUA a existência de um sistema de referenciação para a intervenção precoce que permitia o contacto direto entre o médico e a IP foi considerado um facilitador. Os pediatras referiram que enviar a referenciação por fax foi mais eficiente do que atribuir a responsabilidade do contacto com este serviço aos pais (Morelli et al., 2014). Em Espanha a criação de um sistema informático para o rastreio de PCL em crianças dos 0 aos 6 anos em CSP também se mostrou bastante eficiente. Com este auxílio, o processo de referenciação foi facilitado e orientado através de informações provenientes de prática baseada na evidência. O programa permitiu ainda um contacto próximo com os serviços que podem apoiar estas crianças (Martín-Ruiz et al., 2013). Esta parece uma solução muito interessante para o problema da burocracia, do desconhecimento do processo e da articulação entre profissionais e serviços, não desfazendo outras que deverão ser complementares como a disponibilização de formação sobre PCL aos MF e, eventualmente, a pediatras.

Contudo, neste estudo, apesar de barreiras burocráticas e relacionadas com a lentidão do processo terem sido identificadas, é importante ter em conta que 42% dos MF desta amostra se consideram bastante satisfeitos com o processo de referenciação de crianças com PCL, em geral. Portanto, para alguns, este poderá ser um fator que influencia

negativamente a referenciação, enquanto outros não se sentirão influenciados pelo mesmo.

A reticência dos pais relativamente à referenciação e o desconforto em discutir resultados positivos de um rastreio com a família foram barreiras apontadas por médicos de CSP em relação à referenciação de crianças com problemas de desenvolvimento (Sices e Fund, 2007, Jimenez et al., 2014). Neste estudo, foram identificadas pelos MF duas barreiras relacionadas com a atitude dos pais, que se prendem com o receio de estigmatização associado a uma referenciação e à falta de conhecimento e, conseqüente, desvalorização do impacto das PCL na vida da criança. Contudo, praticamente, metade dos MF encontra-se bastante ou muito satisfeita com as suas capacidades para informar os pais sobre suspeita de PCL. Assim, considera-se que o fator de confiança relativamente à capacidade para informar os pais sobre uma eventual suspeita poderá influenciar positivamente a maioria dos MF a referenciar estas crianças.

Na presente investigação não foram identificadas barreiras relacionadas com a aplicação de testes de rastreio, o que é contrário ao encontrado na literatura (Sices et al., 2003, Sices e Fund, 2007). Talvez, porque o único teste padronizado com recomendação de rastreio que consta no PNSIJ é o M-CHAT, que não parece ser muito utilizado pelos médicos desta amostra (DGS, 2013). No entanto, consideram, na sua maioria, que seria bastante ou muito importante a existência de rastreios de PCL. Assim, talvez os MF não estejam muito sensibilizados ou informados acerca da importância e funcionamento do rastreio de problemas de desenvolvimento e/ou da utilização e potencialidade da aplicação de um teste formal.

Os constrangimentos com os serviços identificados pelos MF desta amostra estão intimamente relacionados com a sua satisfação em relação aos mesmos. A falta de conhecimentos relacionados com o processo de referenciação relaciona-se com a satisfação com conhecimentos e com a formação na área do desenvolvimento da comunicação e linguagem e sobre o próprio processo de referenciação. Estes fatores também podem influenciar a referenciação, tal como já foi descrito no subcapítulo 2.1. e 2.2. respetivamente.

## **CAPÍTULO V- CONCLUSÃO**

Neste capítulo serão descritas as principais conclusões tendo em conta as questões de investigação deste estudo e a sua finalidade. Inicialmente será abordado sumariamente o perfil dos MF desta amostra e fatores que podem influenciar a sua tomada de decisão quanto à referenciação de crianças com PCL. De seguida, serão descritas as limitações desta investigação, sendo, por fim, apresentadas as sugestões para futuras direções.

### **1. Perfil dos Médicos de Família quanto à referenciação de crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem**

A maioria dos MF valoriza bastante ou muito a sua participação na deteção de PCL e está bastante ou muito interessada no aprofundamento de conhecimentos na área do desenvolvimento de comunicação e linguagem.

A generalidade atribui bastante importância à deteção precoce destes problemas. A atitude “observar, detetar precocemente, encaminhar precocemente” foi a mais valorizada, embora se tenha verificado que atribuem mais importância à referenciação de crianças com PCL entre os 3 e os 6 anos. Dos 0 aos 36 meses parece haver uma tendência para a atribuição de um maior grau de importância à referenciação de crianças com PCL por parte dos médicos internos, em relação aos especialistas.

A maior parte dos MF valoriza bastante ou muito a colaboração em equipa, nomeadamente entre a MGF e a TF, e a avaliação de PCL pelo TF. A educação para a saúde sobre o desenvolvimento de comunicação e linguagem é também muito valorizada pela maioria dos MF desta amostra. Para além disso, a maioria destes MF sente-se bastante ou muito satisfeita com a sua capacidade para informar os pais acerca de uma potencial suspeita de PCL.

Uma parte significativa (42%) dos MF considera-se bastante satisfeita com o processo de referenciação. As idades-chave e o tempo de duração da consulta parecem não constituir problemas para a maioria destes médicos.

Os MF demonstram-se relativamente satisfeitos (43% respondeu no nível “Satisfeito”) com os conhecimentos relativos ao processo de referenciação de crianças com PCL. Observou-se uma maioria de respostas no nível satisfatório quanto aos conhecimentos sobre a área do desenvolvimento da comunicação e linguagem, à capacidade de deteção

destes problemas e à formação e informação existente. Mais de metade dos MF consideram-se pouco satisfeitos com a aprendizagem destes conteúdos durante o curso de medicina.

Nesta amostra, os MF referiram um baixo nível de referências para as ELI do SNIPI, sendo o hospital o local para onde encaminham mais. As médicas parecem ter uma tendência para admitirem maiores níveis de referenciação de crianças com PCL para o hospital, do que os médicos.

As barreiras identificadas no que respeita aos constrangimentos com serviços também se referiam, principalmente, ao hospital. Assim, talvez a maioria dos MF deste estudo associe o processo de referenciação a este serviço. Acrescenta-se que quase 40% dos mesmos encontram-se pouco ou nada satisfeitos com a resposta dos serviços que apoiam estas crianças.

Uma ligeira maioria dos MF refere utilizar a EADMSM com muita frequência para a avaliação do desenvolvimento de comunicação e linguagem. A frequência declarada de utilização de outro tipo de testes é bastante inferior, sendo que uma ligeira maioria não os utiliza ou utiliza pouco. O mesmo acontece para o M-CHAT.

## **2. Fatores que podem influenciar a referenciação de crianças com Problema de Comunicação e Linguagem**

Os MF consideram-se, na sua maioria, bastante influenciados pela preocupação dos pais com o desenvolvimento de comunicação e linguagem dos seus filhos para a sua referenciação.

A maioria dos médicos sente-se bastante ou muito influenciada pela satisfação com os serviços que apoiam crianças com PCL para a sua referenciação. Contudo, 38% dos mesmos julgam-se pouco ou nada satisfeitos com a resposta dos serviços externos. Para além disso, as barreiras mais mencionadas pelos MF foram as relacionadas com constrangimentos com os mesmos. Assim, considera-se que a satisfação com os serviços poderá ser um fator que influencia negativamente uma parte significativa dos MF deste amostra na tomada de decisão para a referenciação de crianças com PCL.

Mais de metade dos MF afirmou que os resultados da EADMSM influenciam bastante a tomada de decisão para a referenciação. Contudo, cerca de metade dos médicos está

apenas satisfeito com a eficácia deste instrumento para a deteção de PCL. Este poderá ser um fator que influencia alguns MF a referenciar, enquanto noutros poderá ter o efeito inverso.

A maioria dos MF está apenas satisfeita com os seus conhecimentos sobre desenvolvimento de comunicação e linguagem e com as suas capacidades para a deteção de PCL. Esta poderá ser uma barreira à referenciação destas crianças. Por outro lado, alguns médicos sentem-se bastante satisfeitos com os seus conhecimentos e capacidades, o que pode originar mais referenciações.

Quase metade dos MF manifestou-se pouco ou nada satisfeita com a informação adicional sobre desenvolvimento de comunicação e linguagem e com a informação disponibilizada no PNSIJ sobre esta área. Este pode, também, ser um dos fatores que influencia negativamente os MF a referenciar.

A maioria do MF considerou-se nada ou pouco satisfeita com a aprendizagem de conteúdos sobre desenvolvimento de comunicação e linguagem na criança durante o curso de medicina. Este poderá ser mais um dos fatores que influenciam negativamente a tomada de decisão de referenciação de crianças com PCL.

Relativamente ao processo de referenciação foram ainda identificadas algumas barreiras, pelos MF, que podem influenciar negativamente a referenciação de crianças com PCL, como: tempo de espera para obtenção de uma resposta ou do processo; falta de TF nos CSP; articulação de serviços e profissionais; falta de TF nos serviços de saúde e educativos; problemas financeiros da família; burocracia do processo; desconhecimento do processo; falta de formação durante o curso ou internato; insegurança e desvalorização dos pais face à referenciação; profissionais envolvidos no processo; distância entre serviços; capacidade de resposta; lentidão do processo. Em termos de categorias gerais os constrangimentos com os serviços que apoiam estas crianças e os problemas de recursos humanos foram os mais mencionados.

### **3. Limitações**

Para a realização deste estudo foram encontradas algumas dificuldades. Logo no início o elevado tempo de resposta da Subcomissão de Coordenação Regional do Centro do SNIPI impossibilitou a execução do plano inicial e conseqüentemente a obtenção de

dados documentais de referenciação, que iriam enriquecer os resultados desta investigação. O constrangimento de tempo também não permitiu o pedido formal à ARS para a distribuição dos questionários aos MF, pelo que o método para a obtenção de resposta não pôde ser aleatório. Esta questão limitou a representatividade da amostra, embora o carácter deste estudo seja descritivo.

Considera-se que as questões do questionário, bem como as opções da escala de *Likert* poderiam estar construídas de uma forma mais neutra, podendo o formato das opções ter induzido a respostas mais positivas.

Por fim, apesar da fiabilidade do questionário ser boa (0,80), considera-se que poderia haver melhoria no questionário, para que este valor fosse aumentado. Na análise fatorial apenas três fatores se enquadravam no que tinha sido predeterminado concetualmente.

#### **4. Futuras direções**

Considera-se que o questionário utilizado pode ser melhorado quanto às suas características psicométricas para que possam ser obtidos dados mais fiáveis sobre a perceção dos MF.

Uma vez que esta amostra não pode ser considerada representativa da população de MF portugueses devido ao método de recolha de dados, seria interessante realizar esta investigação recorrendo a um método probabilístico de amostragem. Também deveria ser obtido um número maior de participantes abrangendo mais regiões do país.

Neste estudo, por questões éticas, não foi possível analisar os dados de acordo com as regiões de onde eram provenientes os respondentes. Considera-se que esta análise seria muito pertinente para tentar compreender se o funcionamento ao nível dos CSP de cada região do país influencia os resultados.

Também seria interessante, tal como inicialmente se idealizou, recolher dados das ELI dessas mesmas regiões para se clarificar qual o tipo de articulação entre serviços. Caso se verificassem diferenças, estes dados poderiam ajudar a homogeneizar a resposta de serviços existentes, promovendo-se a partilha de estratégias para os locais onde a articulação não fosse tão eficiente.

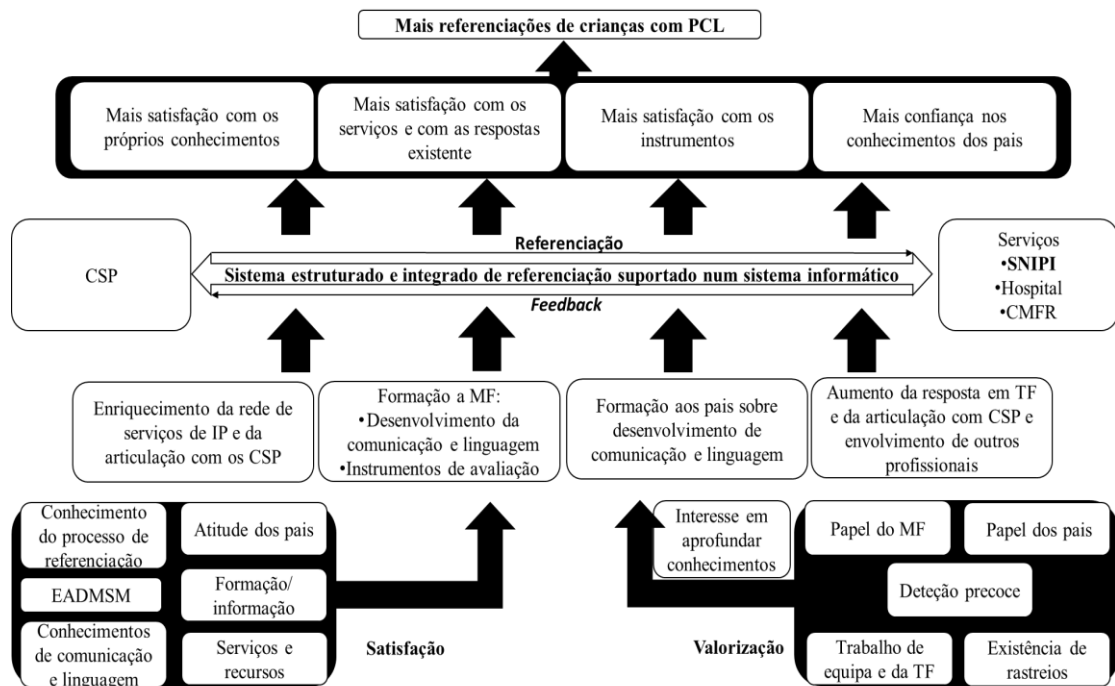
Para além destas sugestões para futura investigação, da análise das respostas ao questionário, surgiram outras, como:

- Investigar se um maior nível de satisfação associado aos conhecimentos e formação disponível sobre desenvolvimento de comunicação e linguagem influencia a opinião dos MF acerca do seu papel no processo de referenciação de crianças com PCL;
- Analisar as referenciações efetuadas pelos MF, para compreender se a valorização da deteção e encaminhamento precoces se relaciona com os comportamentos na prática clínica ou se existem outros fatores que podem influenciar esta decisão;
- Investigar se a implementação de um programa de treino ou formação adicional sobre PCL durante ou depois do curso de medicina, em Portugal, se refletiria num aumento de referenciações mais atempadas e informadas por parte dos MF;
- Investigar se o aumento de conhecimentos envolvidos na aplicação de testes e/ou se uma otimização do processo de referenciação, a nível burocrático, resultaria numa maior percentagem de utilização destes instrumentos e consequentemente num maior nível de referenciação;
- Investigar se a implementação de um teste como o RALF (preferencialmente em formato On-line), enquadrado num programa de rastreio dirigido a PCL, aumentaria os níveis de referenciação;
- Investigar qual a perceção que os outros profissionais de saúde, nomeadamente os TF, têm em relação ao trabalho do MF, no que respeita ao processo de referenciação de crianças com PCL, para tentar estabelecer pontes e promover a colaboração entre profissionais;
- Investigar se níveis mais elevados de confiança nas informações fornecidas pelos pais se traduzem em maiores níveis de referenciação pelo MF de crianças com suspeita de PCL;
- Investigar a perceção dos pais acerca do processo de referenciação e os seus comportamentos, atitudes e crenças após ser levantada uma suspeita de PCL pelo MF.

Acrescenta-se, ainda, que seria de grande utilidade alargar esta análise para o desenvolvimento da criança em geral.

Abaixo encontram-se, no Esquema 1, com as principais sugestões para a melhoria do sistema de referenciação de crianças com PCL de acordo com o estudo realizado.

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários



Esquema 1- Propostas para a melhoria do processo de referenciação de crianças com PCL a partir dos CSP

Por um lado, uma parte significativa dos MF demonstra-se relativamente satisfeita com os seus conhecimentos sobre o processo de referenciação e uma maioria encontra-se apenas satisfeita com os seus conhecimentos sobre o desenvolvimento comunicação e linguagem. Quase metade considera-se pouco ou nada satisfeita com a formação adicional existente e a maioria manifesta-se pouco ou nada satisfeita em relação à sua formação inicial. Acrescem as barreiras identificadas em relação ao processo de referenciação, como o desconhecimento do mesmo, a falta de informação, a burocracia e a sua lentidão. Também foram referidas barreiras relacionadas com a atitude dos pais perante a referenciação. Relativamente aos serviços de apoio a crianças com PCL, quase 40% dos médicos estão pouco ou nada satisfeitos. As barreiras relacionadas com os constrangimentos com os mesmos foram as mais identificadas, bem como a falta de recursos humanos, nomeadamente TF, associada a estes serviços e aos próprios CSP. Ainda neste estudo foi evidente que a maioria dos MF utiliza a EADMSM e sente-se influenciada pelos seus resultados. Todavia, mais de metade considera-se apenas satisfeita com a sua eficácia.

Por outro lado, observa-se que os MF atribuem níveis elevados de valorização ao seu papel na deteção de PCL, ao papel do TF, ao trabalho em equipa, à possível existência

de rastreios, à deteção precoce e ao papel dos pais. Acrescendo o interesse ou elevado interesse da maioria dos médicos em aprofundar conhecimentos nesta área.

Da dicotomia satisfação *versus* valorização sugere-se:

- O enriquecimento da rede de serviços de IP e da articulação com os CSP;
- A formação dirigida a MF sobre desenvolvimento de comunicação e linguagem e sobre os possíveis instrumentos de avaliação;
- Formação aos pais, em articulação com os CSP, sobre comunicação e linguagem para que os MF tenham mais confiança nas informações prestadas pelos mesmos;
- Aumento da resposta em TF e melhoria da articulação destes profissionais com os CSP. Seria útil haver um TF que tivesse contacto direto com os CSP e que pudesse facilitar a articulação entre serviços. O papel deste profissional poderia alargar-se a problemas, não só, de PCL, mas também de deglutição e motricidade orofacial que pudessem surgir no contexto de CSP;
- Envolvimento de outros profissionais, como enfermeiros, no processo de referenciação no desenvolvimento de um trabalho integrado em equipa.

Todas estas sugestões deveriam ser integradas num sistema estruturado e integrado de referenciação suportado preferencialmente por um sistema informático, de forma a aproximar os CSP e os serviços externos. Para que o processo fosse mais facilitado seria aconselhável que as referenciações fossem efetuadas para o SNIPI, uma vez que este é um serviço especializado para a IP, constituído por equipas formadas por profissionais de diversas áreas e que contempla, teoricamente, uma abordagem transdisciplinar para problemas de desenvolvimento, tais como os PCL.

Este sistema contemplaria também uma componente de monitorização e acompanhamento das situações referenciadas. Os MF teriam acesso ao *feedback* dos profissionais/serviços para onde encaminhassem as crianças com PCL. Desta forma, seria potencializada a articulação entre serviços e, conseqüentemente, a qualidade na prestação de cuidados a estas crianças e suas famílias.

Com estas medidas esperar-se-ia uma melhoria da satisfação do MF acerca dos seus conhecimentos sobre comunicação e linguagem, com os serviços e respostas existentes, com os instrumentos de avaliação e com a confiança nos conhecimentos que os pais têm

acerca desta área. Considera-se que, em última instância, estas melhorias se traduziriam num aumento das referenciações de crianças com PCL.

## **5. Considerações finais**

É fundamental perceber as perspetivas dos profissionais e quais as limitações que estes sentem no dia-a-dia, para que se possam fazer sugestões mais realistas e adequadas ao seu contexto laboral. Apenas conhecendo e compreendendo a dinâmica de cada serviço se podem estabelecer pontes entre os mesmos e os seus profissionais.

Considera-se que este estudo acrescentou, modestamente, conhecimento acerca do processo de referenciação dos CSP de crianças com PCL. Foi possível obter algumas perceções pertinentes dos MF que participaram. Pensa-se que estas opiniões são importante para a construção de um sistema de referenciação mais compreensivo. Para além disso, os profissionais que trabalham nos serviços de apoio a crianças com PCL poderão conhecer melhor quais os fatores que influenciam os MF na tomada de decisão, delineando estratégias para uma aproximação maior dos mesmos e adotando uma atitude mais proactiva em relação aos CSP.

Desta forma, o presente estudo fornece um contributo inicial para este conhecimento, levantando algumas questões que poderão ser exploradas em investigações futuras. Espera-se que seja o ponto de partida para uma investigação mais aprofundada sobre o processo de referenciação originando, em última instância, um aumento das referenciações de crianças com PCL, em idades mais precoces, enriquecendo o potencial benefício para a sua vida, das suas famílias e de todos nós.

## Bibliografia

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2016). *Cuidados De Saúde Primários:ACES* [Online]. Disponível em [Http://Www.Acsc.Min-Saude.Pt/Departamentoseunidades/Departamentogest%C3%A3oefinanciamentoprestsa%C3%Bade/Csa%C3%Badeprim%C3%A1rios/Cuidadosdesa%C3%Badeprim%C3%A1rios/ACES/Tabid/769/Language/Pt-PT/Default.aspx](http://Www.Acsc.Min-Saude.Pt/Departamentoseunidades/Departamentogest%C3%A3oefinanciamentoprestsa%C3%Bade/Csa%C3%Badeprim%C3%A1rios/Cuidadosdesa%C3%Badeprim%C3%A1rios/ACES/Tabid/769/Language/Pt-PT/Default.aspx). [Consultado em 24/03/2016].
- Agt, H., Essink-Bot, M.-L., Stege, H., Ridder-Sluis, J. e Koning, H. (2005). Quality of Life of Children with Language Delays. *An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation - official Journal of The International Society of Quality of Life Res*, 14(5), pp. 1345-1355.
- Alexander, K. e Pion Kao, C. (1999). Evaluation And Management of The Child with Speech Delay. *American Family Physician*, 59(11), pp. 3121-8.
- Alexander, R., Boehme, R. e Cupps, B. (1993). *Normal Development of Functional Motor Skills: The First Year of Life*. Estados Unidos da América, Therapy Skill Builders.
- American Academy of Family Physicians. (2015). *Clinical Preventive Service Recommendation: Speech And Language Delay* [Online]. Disponível em [Http://Www.Aafp.Org/Patient-Care/Clinical-Recommendations/All/Speech-Language-Delay.Html](http://Www.Aafp.Org/Patient-Care/Clinical-Recommendations/All/Speech-Language-Delay.Html). [Consultado em 23/03/2016].
- American Psychological Association. (2013). *Highlights of Changes from DSM-IV to DSM-5* [Online]. Disponível em [Http://Www.Dsm5.Org/Pages/Default.aspx](http://Www.Dsm5.Org/Pages/Default.aspx). [Consultado em 26/04/2016].
- American Speech-Hearing Association. (1993). *Definitions of Communication Disorders And Variations [Relevant Paper]* [Online]. Disponível em [Http://Www.Asha.Org/Policy/RP1993-00208/](http://Www.Asha.Org/Policy/RP1993-00208/) [Consultado em 29/12 2015].
- American Speech-Hearing Association. (2015). *Spoken Language Impairment* [Online]. Disponível em [Http://Www.Asha.Org/Prpspecifictopic.aspx?Folderid=8589935327eSection=Treatment](http://Www.Asha.Org/Prpspecifictopic.aspx?Folderid=8589935327eSection=Treatment) [Consultado em 30/12/2015 2015].
- American Speech-Hearing Association. (2016a). *Childhood Fluency Disorders* [Online]. Disponível em [Http://Www.Asha.Org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Childhood-Fluency-Disorders/](http://Www.Asha.Org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Childhood-Fluency-Disorders/). [Consultado em 27/04/2016].
- American Speech-Hearing Association. (2016b). *Language In Brief* [Online]. Disponível em [Http://Www.Asha.Org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Spoken-Language-Disorders/Language-In--Brief/](http://Www.Asha.Org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Spoken-Language-Disorders/Language-In--Brief/). [Consultado em 24/04/2016].
- American Speech-Hearing Association. (2016c). *Late Language Emergence* [Online]. Disponível em [Http://Www.Asha.Org/Prpspecifictopic.aspx?Folderid=8589935380eSection=Overview](http://Www.Asha.Org/Prpspecifictopic.aspx?Folderid=8589935380eSection=Overview). [Consultado em 27/04/2016].
- American Speech-Hearing Association. (2016d). *Social Communication Disorders In School-Age Children* [Online]. Disponível em [Http://Www.Asha.Org/Prpspecifictopic.aspx?Folderid=8589934980eSection=Causes](http://Www.Asha.Org/Prpspecifictopic.aspx?Folderid=8589934980eSection=Causes). [Consultado em 27/04/2016].
- American Speech-Hearing Association. (2016e). *Speech Sound Disorders-Articulation And Phonology* [Online]. Disponível em [Http://Www.Asha.Org/Prpspecifictopic.aspx?Folderid=8589935321eSection=Causes](http://Www.Asha.Org/Prpspecifictopic.aspx?Folderid=8589935321eSection=Causes). [Consultado em 27/04/2016].

- Aram, D. M., Ekelman, B. L. e Nation, J. E. (1984). Preschoolers with Language Disorders: 10 Years Later. *J Speech Hear Res*, 27(2), pp. 232-44.
- Armstrong, D., Fry, J. e Armstrong, P. (1991). Doctors' Perceptions of Pressure From Patients For Referral. *Bmj*, 302 (6786), pp. 1186-1188.
- Aro, T., Eklund, K., Nurmi, J.-E. e Poikkeus, A.-M. (2012). Early Language And Behavioral Regulation Skills As Predictors of Social Outcomes *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 55(2), pp. 395-408.
- Associação Nacional de Intervenção Precoce. (2016). *O Que é a Intervenção Precoce na Infância?* [Online]. Disponível em [Http://Anip.Net/Index.Php/Quem-Somos/Informacoes-Sobre-A-Ipi](http://Anip.Net/Index.Php/Quem-Somos/Informacoes-Sobre-A-Ipi). [Consultado em 2/2/2006].
- Ayres, A. J. e Mailloux, Z. (1981). Influence of Sensory Integration Procedures On Language Development. *American Journal of Occupational Therapy*, 35 (6), 383-390.
- Ayres, A. J. e Robbins, J. (2005). *Sensory Integration And The Child: Understanding Hidden Sensory Challenges*. Los Angeles, Western Psychological Services.
- Baldwin, D. e Meyer, M. (2007). How Inherently Social Is Language? In: Hoff, E. e Shatz, M. (Eds.) *Blackwell Handbook of Language Development*. Reino Unido: Blackwell Publishing Ltd, pp.100-101.
- Bardin, L. (2004). *Análise De Conteúdo*. Lisboa, Edições 70 LDA.
- Bercow, J. (2008). *The Bercow Report: A Review of Services For Children And Young People (0-19) with Speech, Language And Communication Needs*. [Online]. Disponível em <http://dera.ioe.ac.uk/8405/>. [Consultado em 2/2/2006].
- Berk, L. (2006). *Child Development*. Estados Unidos Da América, Pearson Education, Inc.
- Berkman, N. D., Wallace, I., Watson, L., Coyne-Beasley, T., Cullen, K., Wood, C. e Lohr, K. N. (2015). Screening For Speech And Language Delays And Disorders In Children Age 5 Years Or Younger. *Evidence Syntheses*, 120.
- Bethell, C., Reuland, C. H. P., Halfon, N. e Schor, E. L. (2004). Measuring the Quality of Preventive and Developmental Services for Young Children: National Estimates and Patterns of Clinicians' Performance. *Pediatrics*, 113 (suplemento5), 1973-1983.
- Bowen, C. (1998a). *Ages And Stages Summary: Language Development 0-5 Years* [Online]. Disponível em [Http://Www.Speech-Language-Therapy.Com/](http://Www.Speech-Language-Therapy.Com/) On. [Consultado em 25/04/2016].
- Bowen, C. (1998b). *Typical Speech And Language Acquisition In Infants And Young Children* [Online]. Disponível em [Http://Www.Speech-Language-Therapy.Com/](http://Www.Speech-Language-Therapy.Com/). [Consultado em 24/04/2016].
- Boyle, J., McCartney, E., Forbes, J. e O Hare, A. (2007). A Randomised Controlled Trial And Economic Evaluation of Direct Versus Indirect and Individual Versus Group Modes of Speech And Language Therapy for Children with Primary Language Impairment. *Health Technology Assessment-Southampton*, 11(25).
- Brace, I. (2008). *Questionnaire Design: How To Plan, Structure And Write Survey Material For Effective Market Research*. Londres, Kogan Page Publishers.
- Brock, A. e Rankin, C. (2008). *Communication, Language and Literacy From Birth To Five*. Londres, Sage.
- Broomfield, J. e Dodd, B. (2011). Is Speech and Language Therapy Effective for Children with Primary Speech and Language Impairment? Report of a Randomized Control Trial. *International Journal of Language e Communication Disorders*, 46(6), pp. 628-640.

- Brotons, C., Björkelund, C., Bulc, M., Ciurana, R., Godycki-Cwirko, M., Jurgova, E., Kloppe, P., Lionis, C., Mierzecki, A. e Piñeiro, R. (2005). Prevention And Health Promotion In Clinical Practice: The Views of General Practitioners In Europe. *Preventive Medicine*, 40 (5), pp.595-601.
- Bukatko, D. e Daehler, M. (2004). *Child Development: A Thematic Approach*. Estados Unidos Da América, Houghton Mifflin Company.
- Burge, P., Ouellette-Kuntz, H., Isaacs, B. e Lunsy, Y. (2008). Medical Students' Views On Training In Intellectual Disabilities. *Canadian Family Physician*, 54(4), pp. 568-571.
- Busari, J. e Weggelaar, N. (2004). How To Investigate And Manage The Child Who Is Slow To Speak. *BMJ: British Medical Journal*, 328(7434), pp. 272.
- Caldas, A. C. (2000). *A Herança de Franz Joseph Gall: O Cérebro ao Serviço do Comportamento Humano*, Lisboa, Mcgraw Hill.
- Castelhana, J. e Oliveira, G. (2009). Médico de Família - Peça Fundamental no Desenvolvimento da Criança. *Revistas Portuguesa De Clínica Geral*, 25(6) pp. 667-668.
- Catts, H. e Kamhi, A. (2005). *The Connections Between Language And Reading Disabilities*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Center for Parent Information and Resources. (2014). *IDEA - The Individuals With Disabilities Education Act* [Online]. Disponível em <http://www.parentcenterhub.org/repository/idea/>. [Consultado em 22/07/2015].
- Chagas, A. T. R. (2000). O Questionário Na Pesquisa Científica. *Administração On Line*, 1(1).
- Charney, E. B. (1989). Bridging The Gaps For Teaching of Behavioral And Developmental Issues In Residency Training. *The Indian Journal of Pediatrics*, 56 (1), pp. 63-68.
- Colver, A. F. (1990). Health Surveillance of Preschool Children: Four Years' Experience. *BMJ*, 300 (6734), pp.1246-1248.
- Conti-Ramsden, G., Mok, P. L. H., Pickles, A. e Durkin, K. (2013). Adolescents with A History of Specific Language Impairment (SLI): Strengths And Difficulties In Social. *Emotional And Behavioral Functioning Research in developmental disabilities*, 34(11), pp. 4161-4169.
- Corrigan, N., Stewart, M., Scott, M. e Fee, F. (1996). Predictive Value of Preschool Surveillance in Detecting Learning Difficulties. *Archives of Disease In Childhood*, 74 (6), pp. 517-521.
- Council on Children with Disabilities. (2006). Identifying Infants and Young Children with Developmental Disorders in The Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics*, 118(1), pp. 405-420.
- Coutinho, A. P. (2012). *As Perturbações da Aquisição e do Desenvolvimento da Linguagem: Um Estudo Preliminar da Prevalência, dos Fatores Associados e das Necessidades de Encaminhamento para Terapia da Fala em Crianças de Idade Pré Escolar no Concelho de Oeiras* (Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa. Escola de Saúde Pública).
- Cummings, L. (2008). *Clinical Linguistics*. Grã-Bretanha, Edinburgh University Press.
- Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro
- Delbecq, N. (2006). *A Linguística Cognitiva: Compreender como Funciona A Linguagem*, Lisboa, Instituto Piaget.
- Department of Health. (2009). *Healthy Child Programme: Pregnancy And The First 5 Years of Life* [Online]. Disponível em

- <https://www.gov.uk/government/publications/healthy-child-programme-pregnancy-and-the-first-5-years-of-life>. [Consultado em 25/03/2016].
- Department of Health. (2015). *Measuring Child Development At Age 2 To 2.5 Year* [Online]. Disponível em <https://www.gov.uk/government/publications/measuring-child-development-at-age-2-to-25-years>. [Consultado em 25/03/2016].
- Direção-Geral de Saúde. (2005). *Saúde Infantil E Juvenil: Programa-Tipo De Atuação* [Online]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/I008188.pdf>. [Consultado em 24/03/2016].
- Direção-Geral de Saúde. (2013). *Norma Da Direção-Geral De Saúde* [Online]. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>. [Consultado em 24/03/2016].
- Dobos Jr, A. E., Dworkin, P. H. e Bernstein, B. A. (1994). Pediatricians' Approaches to Developmental Problems: has the gap been narrowed? *Journal of Developmental e Behavioral Pediatrics*, 15 (1), pp. 34-38.
- Dockrell, J. e Messer, D. (1999). *Children's Language And Communication Difficulties: Understanding, Identification And Intervention*, Grã-Bretanha, Continuum.
- Dunfield, L., Mitra, D., Tonelli, M., Fitzpatrick, D. e Rice, M. (2014). *Protocol: Screening And Treatment For Developmental Delay Iin Early Childhood* [Online]. Disponível em <http://canadiantaskforce.ca/files/guidelines/2015-developmental-delay-protocol-en.pdf>. [Consultado em 23/03/2016].
- Early Education. (2012). *Development Matters In The Earlyyears Foundation Stage (EYFS)* [Online]. Disponível em <https://www.early-education.org.uk/development-matters-early-years-foundation-stage-eyfs-download>. [Consultado em 03/04/2016].
- Eisenhower, A., Blacher, J. e Baker, B. L. 2013. Mothers' Perceived Physical Health During Early And Middle Childhood: Relations with Child Developmental Delay And Behavior Problems. *Research In Developmental Disabilities*, 34, 1059-1068.
- European Agency For Development In Special Needs Education. (2005). *Early Childhood Intervention: Analysis of Situations In Europe: Key Aspects And Recommendations* [Online]. Disponível em <https://www.european-agency.org/publications/ereports/early-childhood-intervention/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations>. [Consultado em 14/04/2016].
- European Platform For Investing In Children. (2013). *Screeening For Language Dellay In Toddlers* [Online]. Disponível em [http://europa.eu/epic/practices-that-work/evidence-based-practices/practices/screening\\_en.htm](http://europa.eu/epic/practices-that-work/evidence-based-practices/practices/screening_en.htm). [Consultado em 24/03/2016].
- Evans, J. (2007). The Emergence of Language: A Dynamical Systems Account. In: Hoff, E. E Shatz, M. (Eds.) *Blackwell Handbook of Language Development*. Reino Unido, Blacwell Publishing Ltd, pp. 128-142.
- Felsenfeld, S., Broen, P. A. e Mcgue, M. (1994). A 28-Year Follow-Up of Adults with a History of Moderate Phonological Disorder: Educational and Occupational Results. *J Speech Hear Res*, 37(6), pp. 1341-53.
- Fortin, M.-F., Côté, J. e Filion, F. (2009). *Fundamentos E Etapas Do Processo De Investigação*. Loures, Lusodidacta.

- Franco, V. e Apolónio, A. (2011). Avaliação Diagnóstica Em Intervenção Precoce. *PSI - Publicações - Artigos em Revistas Internacionais Com Arbitragem Científica*.
- Fredheim, T., Haavet, O. R., Danbolt, L. J., Kjønsgberg, K. e Lien, L. (2013). Intellectual Disability And Mental Health Problems: A Qualitative Study of General Practitioners' Views. *BMJ Open*, 3(3), E002283.
- Friederici, A. D. (2006). The Neural Basis of Language Development And Its Impairment. *Neuron*, 52(6), pp. 941-952.
- Gathercole, V. e Hoff, E. (2007). Input And The Acquisition of Language: Three Questions. In: Hoff, E. e Shatz, M. (Eds.) *Blackwell Handbook of Language Development*. Reino Unido, Blackwell Publishing Ltd, pp.120.
- Gibbard, D., Coglan, L. e Macdonald, J. (2004). Cost-Effectiveness Analysis of Current Practice and Parent Intervention for Children Under 3 Years Presenting with Expressive Language Delay. *International Journal of Language e Communication Disorders*, 39(2), pp.229-244.
- Glascoe, F. P. (1991). Can Clinical Judgment Detect Children with Speech- Language Problems? *Pediatrics*, 87(3), pp. 317-322.
- Glascoe, F. P. (2015). Evidence-Based Early Detection of Developmental-Behavioral Problems In Primary Care: What to Expect and How to do it. *Journal of Pediatric Health Care*, 29(1), pp.46-53.
- Glascoe, F. P., Foster, E. M. e Wolraich, M. L. (1997). An Economic Analysis of Developmental Detection Methods. *Pediatrics*, 99(6), pp. 830-837.
- Grupo De Rastreo E Intervenção Da Surdez Infantil. (2007). *Recomendações Para O Rastreo Auditivo Neonatal Universal (RANU)* [Online]. Disponível em [www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/2/20080219173802\\_Consensos%20SPP GRISI 38\(5\).Pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/2/20080219173802_Consensos%20SPP%20GRISI%2038(5).Pdf). [Consultado em 30/03/2016].
- Gwynne, K., Blick, B. A. e Duffy, G. (2009). Pilot Evaluation of An Early Intervention Programme for Children at Risk. *J. Paediatr. Child Health*, 45(3), pp.118-124.
- Hagan, J., Shaw, J. e Duncan, P. (2008). *Bright Futures Guidelines For Health Supervision of Infants, Children And Adolescents: 3º Ed.* Elk Grove Village, IL, American Academy of Pediatrics.
- Hamilton, S. (2006). Screening For Developmental Delay: Reliable, Easy-To-Use Tools: Win-Win Solutions for Children at Risk And Busy Practitioners. *Journal of Family Practice*, 55(5), pp.415-423.
- Heneker, S. (2005). Speech And Language Therapy Support For Pupils with Behavioural, Emotional And Social Difficulties (BESD) – A Pilot Project. *British Journal of Special Education*, 32(2), pp. 86-91.
- Hicks, C. (2006). *Métodos De Investigação Para Terapeutas Clínicos: Conceção De Projetos De Aplicação E Análise*, Camarate, Lusociências - Edições Técnicas E Científicas, Lda.
- Hill, M. M. e Hill, A. (2000). *Investigação Por Questionário*, Lisboa, Edições Sílabo, LDA.
- Hochman, B., Nahas, F., Filho, O. e Ferreira, L. (2005). Desenhos de pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(2), pp. 2-9.
- Hollo, A., Wehby, J. H. e Oliver, R. M. (2014). Unidentified Language Deficits In Children with Emotional And Behavioral Disorders: A Meta-Analysis. *Exceptional Children*, 80(2), pp. 169-186.
- Honigfeld, L., Chandhok, L. e Spiegelman, K. (2012). Engaging Pediatricians In Developmental Screening: The Effectiveness of Academic Detailing. *Journal of Autism And Developmental Disorders*, 42(6), pp. 1175-1182.

- Horwitz, S. M., Caspary, G., Storfer-Isser, A., Singh, M., Fremont, W., Golzari, M. e Stein, R. E. K. (2010). Is Developmental And Behavioral Pediatrics Training Related To Perceived Responsibility For Treating Mental Health Problems? *Academic Pediatrics*, 10(4), pp. 252-259.
- Horwitz, S. M., Irwin, J. R., Briggs-Gowan, M. J., Bosson Heenan, J. M., Mendoza, J. e Carter, A. S. (2003). Language Delay in a Community Cohort of Young Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(8), pp. 932-40.
- Howells, R. e Lopez, T. (2008). Better Communication with Children and Parents. *Paediatrics And Child Health*, 18(8), pp. 381-385.
- Jeyendra, A., Rajadurai, J., Chanmugam, J., Trieu, A., Nair, S., Baskaran, R. e Schmied, V. (2013). Australian General Practitioners' Perspectives on Their Role in Well-Child Health Care. *BMC Family Practice*, 14(1).
- Jimenez, M. E., Barg, F. K., Guevara, J. P., Gerdes, M. e Fiks, A. G. (2012). Barriers To Evaluation For Early Intervention Services: Parent and Early Intervention Employee Perspectives. *Academic Pediatrics*, 12(6), pp. 551-557.
- Jimenez, M. E., Fiks, A. G., Shah, L. R., Gerdes, M., Ni, A. Y., Pati, S. e Guevara, J. P. (2014). Factors Associated with Early Intervention Referral And Evaluation: A Mixed Methods Analysis. *Academic Pediatrics*, 14(3), pp. 315-323.
- Johnson, B. (1996). *Language Disorders In Children: An Introductory Clinical Perspective*. Estados Unidos da América, Delmar Publishers.
- Juneja, M., Jain, R., Chakrabarty, B., Mishra, D. e Saboo, P. (2014). Indian Children with Developmental Disabilities: Early Versus Late Referral for Intervention. *The Indian Journal of Pediatrics*, 81(11), pp. 1177-1181.
- Kaiser, A. P. e Roberts, M. Y. (2011). Advances in Early Communication and Language Intervention. *Journal of Early Intervention*, 33(4), pp. 298-309.
- Kamhi, A. e Catts, H. (1999). *Reading Development*. United States of America, Allyn e Bacon.
- Karoly, L. A. e Levaux, H. P. (1998). *Investing In Our Children: What We Know And Don't Know About The Costs And Benefits of Early Childhood Interventions*, Rand Corporation.
- Kobayashi, C. (2009). Language And Thought: Linguistic Influence On Developmental Neural Basis of "Theory of Mind". In: Reed, M. (Ed.) *Children And Language: Development, Impairment And Training*. Estados Unidos Da América, Nova Science Publishers, Inc, p.3.
- Lai, M. C., Lombardo, M. V. e Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *Lancet*, 383, pp. 896-910.
- Laraque, D., Adams, R., Steinbaum, D., Zuckerbrot, R., Schonfeld, D., Jensen, P. S., Demaria, T., Barrett, M., Dela-Cruz, M. e Boscarino, J. A. (2009). Reported Physician Skills In The Management of Children's Mental Health Problems Following An Educational Intervention. *Academic Pediatrics*, 9(3), pp. 164-171.
- Law, J. e Garrett, Z. (2004). Speech And Language Therapy: Its Potential Role in Camhs. *Child and Adolescent Mental Health*, 9(2), pp. 50-55.
- Law, J., Garrett, Z., Nye, C. e Campbell, C. (2003). *Speech And Language Therapy Interventions For Children with Primary Speech And Language Delay Or Disorder*. Campbell Collaboration.
- Law, J., Reilly, S. e Snow, P. C. (2013). Child Speech, Language and Communication Need Re-Examined in a Public Health Context: A New Direction for The Speech and Language Therapy Profession. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(5), pp. 486-496.

- Martins, C. (2011). *Manual De Análise De Dados Quantitativos Com Recurso Ao Ibm Spss: Saber Decidir, Fazer, Interpretar E Redigir*. Braga, Psiquilíbrios Edições.
- Martín-Ruiz, M. L., Valero Duboy, M. A. e Pau De La Cruz, I. (2013). Deployment And Validation of a Smart System for Screening of Language Disorders in Primary Care. *Sensors*, 13(6), pp. 7522-7545.
- Mcconachie, H. e Diggle, T. (2007). Parent Implemented Early Intervention for Young Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Journal of Evaluation In Clinical Practice*, 13(1), pp. 120-129.
- Mclaughlin, M. R. (2011). Speech and Language Delay in Children. *American family physician*, 83(10), pp. 1184-1188.
- McLeod, S. e Harrison, L. J. (2009). Epidemiology of Speech And Language Impairment In A Nationally Representative Sample of 4- To 5-Year-Old Children. *J Speech Lang Hear Res*, 52(2), pp. 1213-29.
- Mcrae, K. M. e Vickar, E. (1991). Simple Developmental Speech Delay: A Follow-Up Study. *Developmental Medicine e Child Neurology*, 33(10), pp. 868-874.
- Miniscalco, C., Hagberg, B., Kadesjö, B., Westerlund, M. e Gillberg, C. (2007). Narrative Skills, Cognitive Profiles And Neuropsychiatric Disorders in 7-8-Year-Old Children with Late Developing Language. *International journal of language & communication disorders*, 42(6), pp. 665-681.
- Miniscalco, C., Nygren, G., Hagberg, B., Kadesjö, B. e Gillberg, C. (2006). Neuropsychiatric and Neurodevelopmental outcome of Children at Age 6 and 7 years who Screened Positive for Language Problems at 30 Months. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48(5), pp. 361-366.
- Moore, C. (2005). The Concept of Development: Historical Perspectives. In: Hopkins, B. (Ed.) *The Cambridge Encyclopedia of Child Development*. United States of America: Cambridge University Pres.
- Morelli, D. L., Pati, S., Butler, A., Blum, N. J., Gerdes, M., Pinto-Martin, J. e Guevara, J. P. (2014). Challenges to Implementation of Developmental Screening in Urban Primary Care: A Mixed Methods Study. *Bmc Pediatrics*, 14(1), pp. 1-11.
- Nelson, H., Nygren, P., Walker, M. e Panoscha, R. (2005). Screening for Speech and Language Delay in Preschool Children: Systematic Evidence Review Forthe Us Preventive Services Task Force. *Pediatrics*, 117(2), pp. 497-501.
- Nogueira, J. (2002). Duração da Consulta: Perspectivas dos Médicos e dos Pacientes. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 18(5), pp. 303-12.
- Noterdaeme, M. e Amorosa, H. (1999). Evaluation of Emotional and Behavioral Problems in Language Impaired Children using The Child Behavior Checklist. *European child & adolescent psychiatry*, 8(2), pp. 71-77.
- Nunes, C. e Ayala, M. (2010). Communication Techniques Used By Pediatricians During Well-Child Program Visits: A Pilot Study. *Patient Education And Counseling*, 78(1), pp. 79-84.
- Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a Atender nos Trabalhos de Investigação Académica de Enfermagem. *Setúbal: Departamento De Enfermagem Ess/ Ips-Setúbal*.
- Office of Head Start. (2015). *History of Head Start* [Online]. Disponível em <http://www.acf.hhs.gov/programs/ohs/about/history-of-head-start>. [Consultado em 14/04/2016].
- Ontario College of Family Physicians. (2010). *Improving The Odds: Healthy Child Development: Focus On The Early Years: Neuroscience And Implications For Clinical Practice Toolkit: Interdisciplinary MAINPRO CME For Family Physicians And Other Primary Healthcare Providers* [Online]. Disponível em

[Http://ocfp.on.ca/docs/research-projects/improving-the-odds-healthy-child-development-manual-2010-6th-edition.pdf](http://ocfp.on.ca/docs/research-projects/improving-the-odds-healthy-child-development-manual-2010-6th-edition.pdf). [Consultado em 23/03/2016].

- Organização Mundial de Saúde e Direção Geral de Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade E Saúde (CIF)*, Lisboa.
- Patel, S. R., Gorritz, M., Olfson, M., Bell, M. A., Jackson, E., Sánchez-Lacay, J. A., Alfonso, C., Leeman, E. e Lewis-Fernández, R. (2016). Training Community-Based Primary Care Physicians In The Screening And Management of Mental Health Disorders Among Latino Primary Care Patients. *General Hospital Psychiatry*, 38, pp.71-78.
- Paul, R. (2008). Interventions to Improve Communication. *Child And Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(4), pp. 835-X.
- Peixoto, M. C., Apolónio, A. e Franco, V. (2011). Elegibilidade, Caracterização E Diagnóstico Nas Equipas De Intervenção Precoce Do Alentejo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 1(1), pp. 207-218.
- Peixoto, V. (2007). *Perturbações Da Comunicação: A Importância Da Detecção Precoce*. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Pinto, M. (2009). Vigilância Do Desenvolvimento Psicomotor E Sinais De Alarme.
- Pope, C. e Mays, N. 2005. *Pesquisa Qualitativa Na Atenção À Saúde*, Porto Alegre, Artmed.
- Public Health England. (2013). *NHS Population Screening Explained* [Online]. Disponível em <https://www.gov.uk/guidance/nhs-population-screening-explained>. [Consultado em 25/03/2016].
- Public Health England. (2015). *Criteria For Appraising The Viability, Effectiveness And Appropriateness of A Screening Programme* [Online]. Disponível em <https://www.gov.uk/government/publications/evidence-review-criteria-national-screening-programmes/criteria-for-appraising-the-viability-effectiveness-and-appropriateness-of-a-screening-programme>. [Consultado em 25/03/2016].
- Raina, P., O'donnell, M., Schwellnus, H., Rosenbaum, P., King, G., Brehaut, J., Russell, D., Swinton, M., King, S. e Wong, M. (2004). Caregiving Process And Caregiver Burden: Conceptual Models To Guide Research And Practice. *Bmc Pediatrics*, 4(1), p. 1.
- Reid, G. J., Stewart, M., Vingilis, E., Dozois, D. J. A., Wetmore, S., Jordan, J., Dickie, G., Osmun, W. E., Wade, T. J. e Brown, J. B. (2012). Randomized Trial of Distance-Based Treatment for Young Children with Discipline Problems seen In Primary Health Care. *Family Practice*, Cms051.
- Reijneveld, S. A., Meer, G., Wiefferink, C. H. e Crone, M. R. (2008). Parents' Concerns about Children are Highly Prevalent But often not Confirmed By Child Doctors and Nurses. *Bmc Public Health*, 8(1), p. 1.
- Rescorla, L., Ross, G. S. e McClure, S. (2007). Language Delay And Behavioral/Emotional Problems In Toddlers: Findings From Two Developmental Clinics. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 50(4), pp. 1063-1078
- Rigolet, S. A. (2000). *Os Três P Precoce, Progressivo, Positivo: Comunicação e Linguagem para uma Plena Expressão*. Porto, Porto Editora.
- Rourke, L., Leduc, D. e Rourke, J. (2014). *Rourke Baby Record: Evidence-Based Infant/Child Health Maintenance* [Online]. Disponível em

- [Http://Www.Rourkebabyrecord.Ca/P1df/RBR2014Nat\\_Eng.Pdf](Http://Www.Rourkebabyrecord.Ca/P1df/RBR2014Nat_Eng.Pdf). [Consultado em 22/07/2015].
- Roy, P. e Chiat, S. (2014). Developmental Pathways of Language and Social Communication Problems in 9–11 Year Olds: Unpicking the Heterogeneity. *Research in developmental disabilities*, 35(10), pp. 2534-2546.
- Royal College of Speech And Language Therapists. (2009). *Resource Manual For Commissioning And Planning Services For Slcn* [Online]. Disponível em [Https://Www.Rcslt.Org/Speech\\_And\\_Language\\_Therapy/Commissioning/Intro](Https://Www.Rcslt.Org/Speech_And_Language_Therapy/Commissioning/Intro). [Consultado em 24/14/2016].
- Ruben, R. (2000). Redefining the survival of the fittest: communication disorders in the 21st century. *The Laryngoscope*, 110(2), pp. 241-241.
- Santos, M. I., Coelho, I., Rosário, F., Machado, P., Nery, L., Ribeiro, J. e Lemos, A. (2011). Referenciação aos Cuidados de Saúde Secundários em Idade Pediátrica. *Revista Portuguesa De Clínica Geral*, 27(5), pp. 422-432.
- Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. (1996). *Inquérito Nacional Às Incapacidades, Deficiências E Desvantagens: Estatísticas (SNR, 1996)* [Online]. Disponível em <Www.Inr.Pt/Uploads/Docs/Infestatistica/Inqueritosnr.Rtf>. [Consultado em 14/05/2016].
- Sence about Science. (2015). *Making Sense of Screening* [Online]. Disponível em <Http://Www.Senseaboutscience.Org/Resources.Php/7/Making-Sense-of-Screening>. [Consultado em 25/03/2016].
- Senecky, Y., Inbar, D., Diamond, G., Grossman, Z., Apter, A. e Kahan, E. (2007). Pediatricians' Satisfaction with their Abilities to Care for Children with Developmental, Behavioral and Psychosocial Problems. *Pediatrics International*, 49(4), pp. 472-478.
- Shafer, V. e Garrido-Nag, K. (2007). The Neurodevelopmental Bases of Language. In: Erika, H. e Marilyn, S. (Eds.) *Blackwell Handbook of Language Development*. Reino Unido, Blackwell Publishing Ltd, pp.21-22.
- Shatz, M. (2007). On The Development of The Field of Language Development. In: Hoff, E. e Shatz, M. (Eds.) *Blackwell Handbook of Language Development*. Reino Unido, Blackwell Publishing, p.3.
- Sheridan, M. (2002). *Play In Early Childhood: From Birth to Six Years*. Londres, Taylor e Francis.
- Sices, L., Egbert, L. e Mercer, M. B. (2009). Sugar-Coaters And Straight Talkers: Communicating About Developmental Delays In Primary Care. *Pediatrics*, 124(4), pp. e705-e713.
- Sices, L., Feudtner, C., Mclaughlin, J., Drotar, D. e Williams, M. (2003). How Do Primary Care Physicians Identify Young Children with Developmental Delays? A National Survey. *Journal of Developmental e Behavioral Pediatrics*, 24(6), pp. 409-417.
- Sices, L., Feudtner, C., Mclaughlin, J., Drotar, D. e Williams, M. (2004). How do Primary Care Physicians manage Children with Possible Developmental Delays? A National Survey with an Experimental Design. *Pediatrics*, 113(2), pp. 274-282.
- Sices, L. e Fund, C. (2007). *Developmental Screening In Primary Care: The Effectiveness of Current Practice And Recommendations For Improvement*. Commonwealth Fund.

- Silva, C. e Peixoto, V. (2009). Rastreamento e Prevalência das Perturbações da Comunicação num Agrupamento de Escolas. *Porto, Faculdade de Ciências da Saúde–UFP*, pp. 342-352.
- Silverstein, M., Sand, N., Glascoe, F. P., Gupta, V. B., Tonniges, T. P. e O’connor, K. G. (2006). Pediatrician Practices Regarding Referral To Early Intervention Services: Is An Established Diagnosis Important? *Ambulatory Pediatrics*, 6(2), pp. 105-109.
- Sim-Sim, I. (1998). *Desenvolvimento da Linguagem*. Lisboa, Universidade Aberta.
- Skarżyński, H. e Piotrowska, A. (2012). Prevention of Communication Disorders – Screening Pre-School and School-Age Children For Problems with hearing, Vision and Speech: European Consensus Statement. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 18(4), SR17.
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. (2010). *Critérios De Elegibilidade* [Online]. Disponível em <https://www.dgs.pt/Sistema-Nacional-De-Intervencao-Precoce-Na-Infancia.aspx>. [Consultado em 24/03/2016].
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. (2016). *Organização* [Online]. Disponível em <https://www.dgs.pt/Sistema-Nacional-De-Intervencao-Precoce-Na-Infancia.aspx>. [Consultado em 24/03/2016].
- St. Clair, M. C., Pickles, A., Durkin, K. e Conti-Ramsden, G. (2011). A Longitudinal Study of Behavioral, Emotional And Social Difficulties In Individuals with A History of Specific Language Impairment (SLI). *Journal of Communication Disorders*, 44(2), pp. 186-199.
- Stans, S. E. A., Stevens, J. G. A. e Beurskens, A. J. H. M. (2013). Interprofessional Practice In Primary Care: Development of A Tailored Process Model. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6, p.139.
- Tates, K., Elbers, E., Meeuwesen, L. e Bensing, J. (2002). Doctor–Parent–Child Relationships: A ‘Pas De Trois’. *Patient Education And Counseling*, 48(1), pp. 5-14.
- Tates, K. e Meeuwesen, L. (2000). ‘Let Mum Have Her Say’: Turntaking in Doctor–Parent–Child Communication. *Patient Education And Counseling*, 40(2), pp. 151-162.
- Tates, K. e Meeuwesen, L. (2001). Doctor–Parent–Child Communication. A (Re) View of The Literature. *Social Science e Medicine*, 52(6), pp. 839-851.
- Tellegen, C. L. e Sanders, M. R. (2012). Using Primary Care Parenting Interventions to Improve Outcomes in Children with Developmental Disabilities: A Case Report. *Case Reports In Pediatrics*, 2012.
- The Royal Australian College of General Practitioners. (2012). *Guidelines For Preventive Activities In General Practice: 8th Edition* [Online]. Disponível em <http://www.racgp.org.au/Download/Documents/Guidelines/Redbook8/Redbook8.Pdf>. [Consultado em 23/03/2016].
- Thomas-Stonell, N., Oddson, B., Robertson, B. e Rosenbaum, P. (2009). Predicted and Observed outcomes in Preschool Children following Speech and Language Treatment: Parent and Clinician Perspectives. *Journal of Communication Disorders*, 42(1), pp. 29-42.
- Toppelberg, C. O. e Shapiro, T. (2000). Language Disorders: A 10-Year Research Update Review. *Journal of The American Academy of Child And Adolescent Psychiatry*, 39(2), pp. 143-152.
- Tuominen-Eriksson, A.-M., Svensson, Y. e Gunnarsson, R. K. (2013). Children with Disabilities are often Misdiagnosed Initially and Children with Neuropsychiatric

- Disorders Are Referred to Adequate Resources 30 Months Later than Children with other Disabilities. *Journal of Autism And Developmental Disorders*, 43(3), pp. 579-584.
- Ua\_Online. (2015). *Teste De Linguagem Desenvolvido Pela Universidade De Aveiro E Pelo Instituto Politécnico De Setúbal* [Online]. Disponível em <https://Uaonline.Ua.Pt/Pub/Detail.Asp?C=42679>. [Consultado em 29/06/2016].
- UK National Screening Committee. (2005). *The UK NSC Recommendation on Speech and Language Screening In Children (Currently under Review)* [Online]. Disponível em <http://Legacy.Screening.Nhs.Uk/Speechlanguage>. [Consultado em 25/03/2016].
- U.S. Preventive Services Task Force. (2006). Screening For Speech And Language Delay In Preschool Children: Recommendation Statement. *Pediatrics*, 117 (2), pp. 497-501.
- US Preventive Services Task Force. (2015). *Final Recommendation Statement: Speech And Language Delay And Disorders In Children Age 5 And Younger: Screening* [Online]. Disponível em <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/Speech-And-Language-Delay-And-Disorders-In-Children-Age-5-And-Younger-Screening#Pod5>. [Consultado em 23/03/2016].
- Van Agt, H., Verhoeven, L., Van Den Brink, G. e De Koning, H. (2011). The Impact On Socio-Emotional Development And Quality of Life of Language Impairment In 8-Year-Old Children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53(1), pp. 81-88.
- Van Der Schuit, M., Segers, E., Van Balkom, H. e Verhoeven, L. (2011). Early Language Intervention For Children with Intellectual Disabilities: A Neurocognitive Perspective. *Research In Developmental Disabilities*, 32(2), pp. 705-712.
- Weber, P. e Jenni, O. (2012). Screening in Child Health: Studies of the Efficacy and Relevance of Preventive Care Practices. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109, p. 431.
- Westerlund, M. e Sundelin, C. (2000). Can Severe Language Disability Be Identified In Three-Year-Olds? Evaluation of A Routine Screening Procedure. *Acta Paediatrica*, 89, 94-100.
- Williams, A. L., Mcleod, S. e Mccauley, R. (2010). Introduction To Intervention For Speech Sound Disorders In Children. In: Williams, A. L., Mcleod, S. e Mccauley, R. (Eds.) *Intervention For Speech Sound Disorders In Children*. Estados Unidos da América, Paul H. Brookes Publishing Co.M Inc.
- Wolfe, I. e Mckee, M. (2013). *European Child Health Services And Systems: Lessons without Borders*. England: Mcgraw Hill Education Open University Press.
- World Health Rganization. (2016). *ICD-10 Version: 2016* [Online]. Disponível em <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>. [Consultado em 29/06/2016].
- Zaslow, M. e Weitzman, M. (2006). *Studying And Tracking Early Child Development From A Health Perspective: A Review of Available Data Sources*. New York, The Commonwealth Fund.
- Zigler, E. F., Shonkoff, J. P. e Meisels, S. J. (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Reino Unido, Cambridge University Press.
- Zuckerman, K. E., Lindly, O. J. e Sinche, B. K. (2015). Parental Concerns, Provider Response, And Timeliness of Autism Spectrum Disorder Diagnosis. *The Journal of Pediatrics*, 166(6), pp. 1431-1439.

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

Anexo 1 – Questionário aos Médicos de Família

## Questionário aos Médicos de Família

**\*Obrigatório**

### I-Dados socioprofissionais

Assinale, por favor, os dados que correspondem à sua condição

\*

1. Sexo

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

\*

2. Anos de experiência profissional

\_\_\_\_\_

\*

3. Condição profissional

Marcar apenas uma oval.

Especialista de MGF

Interno de MGF

\*

4. Tipo de instituição de trabalho

Marcar apenas uma oval.

USF

UCSP

### II-Satisfação com fatores internos e externos necessários à referenciação de crianças com problemas de comunicação e linguagem

Para cada parâmetro classifique, por favor, de 1 a 5 o seu grau de satisfação. A classificação 1 corresponde a “Nada satisfeito (a)”, 3 a “Satisfeito (a)” e 5 a “Muito satisfeito (a)”. Deve ter em conta a escala abaixo apresentada para o preenchimento desta parte do questionário.

1) Nada satisfeito (a)

2) Pouco satisfeito(a)

3) Satisfeito(a)

4) Bastante satisfeito (a)

5) Muito satisfeito (a)

#### 1.Grau de satisfação relativamente à organização da consulta de saúde infantil.

**1) Tempo de duração da consulta infantil \***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada satisfeito (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito satisfeito (a)

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

**2) Idades-chave recomendadas pelo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil para o acompanhamento do desenvolvimento da comunicação e linguagem \***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada satisfeito (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito satisfeito (a)

**2. Grau de satisfação relativamente ao material disponível para avaliação de problemas de comunicação e linguagem na criança.**

**1) Informação disponibilizada pelo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil sobre o processo de deteção e encaminhamento de crianças com problemas de comunicação e linguagem \***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada satisfeito (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito satisfeito (a)

**2) Eficácia da Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada para avaliação de crianças com problemas de comunicação e linguagem \***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada satisfeito (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito satisfeito (a)

**3. Grau de satisfação com a resposta dos serviços que apoiam crianças com suspeita de problemas de comunicação e linguagem após o encaminhamento.**

O termo "serviços" refere-se a todos os serviços que poderão dar resposta ao encaminhamento pelo Médico de Família. Por exemplo Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI), Cuidados de Saúde Secundários, Unidades de Recursos Partilhados (URAP), Clínicas de Medicina Física e Reabilitação, entre outros.

O termo "qualidade de resposta" refere-se ao tempo de espera aproximado para a criança ser admitida no serviço e à possibilidade de um contacto facilitado entre o serviço e o Médico de Família.

**1) Satisfação com a resposta dos serviços que apoiam crianças com suspeita de problemas de comunicação e linguagem após o encaminhamento \***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada satisfeito (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito satisfeito (a)

**4. Grau de satisfação relativamente aos seus conhecimentos académicos, profissionais e pessoais no que respeita ao desenvolvimento de comunicação e linguagem na criança.**

**1) Aprendizagem de conteúdos relacionados com comunicação e linguagem durante o curso de medicina \***

Marcar apenas uma oval.

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos

Cuidados de Saúde Primários

Nada satisfeito (a)      1      2      3      4      5      Muito satisfeito (a)

**2) Formação/disponibilização de informação sobre comunicação e linguagem durante a especialização/carreira em medicina geral e familiar \***

Marcar apenas uma oval.

Nada satisfeito (a)      1      2      3      4      5      Muito satisfeito (a)

**3) Conhecimentos pessoais atuais sobre desenvolvimento de comunicação e linguagem \***

Marcar apenas uma oval.

Nada satisfeito (a)      1      2      3      4      5      Muito satisfeito (a)

**4) Capacidades para a deteção de problemas de comunicação e linguagem \***

Marcar apenas uma oval.

Nada satisfeito (a)      1      2      3      4      5      Muito satisfeito (a)

**5) Conhecimentos relativamente ao processo de referenciação/encaminhamento de crianças com eventuais problemas de comunicação e linguagem \***

Marcar apenas uma oval.

Nada satisfeito (a)      1      2      3      4      5      Muito satisfeito (a)

**6) Capacidades generalizadas de iniciar e gerir (avaliar, encaminhar, acompanhar) o processo de crianças com problemas de comunicação e linguagem \***

Marcar apenas uma oval.

Nada satisfeito (a)      1      2      3      4      5      Muito satisfeito (a)

**5. Grau de satisfação relativamente à sua capacidade para informar os pais acerca de uma suspeita de problemas de comunicação e linguagem.**

O termo "capacidade" refere-se à competência para comunicar assertivamente situações menos positivas aos pais.

**1) Satisfação relativamente à sua capacidade para informar os pais acerca de uma suspeita de problemas de comunicação e linguagem \***

Marcar apenas uma oval.

Nada satisfeito (a)      1      2      3      4      5      Muito satisfeito (a)

**III-Frequência de comportamentos durante a consulta de saúde Infantil**

Para cada parâmetro classifique, por favor, de 1 a 5 a frequência de comportamentos. A classificação

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

1 corresponde a “Nunca ocorre”, 3 a “Ocorre com alguma frequência” e 5 a “Ocorre com muita frequência”. Deve ter em conta a escala abaixo apresentada para o preenchimento desta parte do questionário.

- 1) Nunca ocorre
- 2) Ocorre pouco
- 3) Ocorre com alguma frequência
- 4) Ocorre com bastante frequência
- 5) Ocorre com muita frequência

## 1. Frequência de ocorrência dos comportamentos durante a consulta de saúde infantil

**1) Utilização de testes para avaliação do desenvolvimento da comunicação e linguagem (para além da Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada) \***  
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca ocorre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ocorre com muita frequência

**2) Utilização dos marcos de desenvolvimento da Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada para avaliação do desenvolvimento de comunicação e linguagem \***  
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca ocorre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ocorre com muita frequência

**3) Utilização do M-Chat para despiste de Autismo \***  
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca ocorre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ocorre com muita frequência

**4) Encaminhamento de crianças com problemas de comunicação e linguagem para as Equipas Locais de Intervenção Precoce (pertencentes ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância – SNIPi) \***  
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca ocorre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ocorre com muita frequência

**5) Encaminhamento de crianças com problemas de comunicação e linguagem para o Hospital \***  
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca ocorre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ocorre com muita frequência

**6) Encaminhamento de crianças com problemas de comunicação e linguagem para Clínicas de Medicina Física e Reabilitação \***  
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca ocorre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ocorre com muita frequência

**7) Encaminhamento de crianças com problemas de comunicação e linguagem para outros serviços \***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca ocorre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ocorre com muita frequência

**8) Seguimento das crianças com problemas de comunicação e linguagem encaminhadas para os serviços de avaliação e intervenção \***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca ocorre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ocorre com muita frequência

## IV- Importância atribuída a atitudes, comportamentos e situações relativamente ao processo de deteção e encaminhamento de crianças com problemas de comunicação e linguagem

Para cada parâmetro classifique, por favor, de 1 a 5 o grau de importância. A classificação 1 corresponde a “Nada importante”, 3 a “Importante” e 5 a “Muito importante”. Deve ter em conta a escala abaixo apresentada para o preenchimento desta parte do questionário.

- 1) Nada importante
- 2) Pouco importante
- 3) Importante
- 4) Bastante importante
- 5) Muito importante

### 1. Grau de importância que atribui aos seguintes comportamentos durante a consulta de saúde infantil.

**1) Encaminhamento de crianças com problemas de comunicação e linguagem até aos 36 meses de idade \***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

**2) Encaminhamento de crianças com problemas de comunicação e linguagem dos 3 aos 6 anos \***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

**3) Recomendação de cuidados antecipatórios (educação para a saúde) aos pais relativamente ao desenvolvimento de comunicação e linguagem \***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
--	---	---	---	---	---	--

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

Nada importante                                    Muito importante

2. Grau de importância que atribui ao contributo dos seguintes profissionais de saúde no processo de deteção ou avaliação da criança com problemas de comunicação e linguagem.

**1) Avaliação de problemas de comunicação e linguagem efetuada pelo Terapeuta da Fala \***  
Marcar apenas uma oval.

1      2      3      4      5  
Nada importante                                    Muito importante

**2) Contributo da avaliação efetuada pelo Médico de Família na deteção de problemas de comunicação e linguagem \***  
Marcar apenas uma oval.

1      2      3      4      5  
Nada importante                                    Muito importante

**3) Trabalho de equipa (MGF/Terapeuta da Fala) para a deteção de problemas de comunicação e linguagem \***  
Marcar apenas uma oval.

1      2      3      4      5  
Nada importante                                    Muito importante

3. Grau de importância que atribui à possibilidade de existência de rastreios de comunicação e linguagem integrados na consulta de saúde infantil.

1) Importância atribuída à possibilidade de existência de rastreios de comunicação e linguagem integrados na consulta de saúde infantil \*  
Marcar apenas uma oval.

1      2      3      4      5  
Nada importante                                    Muito importante

4. Grau de importância que atribui às atitudes do Médico de Família relativamente ao processo de avaliação do desenvolvimento de comunicação e linguagem em crianças.

**1) Atitude de atuação “observar, suspeitar e esperar” \***  
Marcar apenas uma oval.

1      2      3      4      5  
Nada importante                                    Muito importante

**2) Atitude de atuação “observar, suspeitar, encaminhar” \***  
Marcar apenas uma oval.

1      2      3      4      5  
Nada importante                                    Muito importante

**3) Atitude de atuação “observar, detetar precocemente, encaminhar precocemente” \***  
Marcar apenas uma oval.

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

Nada importante      1      2      3      4      5      Muito importante  
                       

## V-Fatores que influenciam o encaminhamento

Para cada parâmetro classifique, por favor, de 1 a 5 o grau de influência. A classificação 1 corresponde a “Não influencia”, 3 a “Influencia” e 5 a “Influencia muito”. Deve ter em conta a escala abaixo apresentada para o preenchimento desta parte do questionário.

- 1) Não influencia
- 2) Influencia pouco
- 3) Influencia
- 4) Influencia bastante
- 5) Influencia muito

### 1. Grau de influência das seguintes condições para o encaminhamento de crianças com problemas de linguagem.

#### 1) Influência dos resultados da avaliação da Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada para a sua referenciação \*

Marcar apenas uma oval.

Não influencia      1      2      3      4      5      Influencia muito  
                       

#### 2) Influência da satisfação com os serviços que apoiam crianças com problemas de comunicação e linguagem após o encaminhamento para a sua referenciação \*

Marcar apenas uma oval.

Não influencia      1      2      3      4      5      Influencia muito  
                       

#### 3) Influência da preocupação dos pais com o desenvolvimento de comunicação e linguagem dos filhos para a sua referenciação \*

Marcar apenas uma oval.

Não influencia      1      2      3      4      5      Influencia muito  
                       

## VI- Interesse pessoal relativo ao desenvolvimento de conhecimentos sobre comunicação e linguagem

Para cada parâmetro classifique, por favor, de 1 a 5 o grau de interesse. A classificação 1 corresponde a “Nada interessado (a)”, 3 a “Interessado (a)” e 5 a “Muito interessado (a)”. Deve ter em conta a escala abaixo apresentada para o preenchimento desta parte do questionário.

- 1) Nada interessado(a)
- 2) Pouco interessado(a)

3) Interessado(a)

4) Bastante interessado(a)

5) Muito interessado(a)

### 1. Interesse pessoal/profissional na área do desenvolvimento da comunicação e linguagem na criança.

#### 1) Interesse pessoal/profissional na área do desenvolvimento da comunicação e linguagem na criança \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada interessado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito interessado (a)

## VII- Satisfação com o processo de referenciação atual de crianças com problemas de comunicação e linguagem

Para cada parâmetro classifique, por favor, de 1 a 5 o grau de satisfação. A classificação 1 corresponde a "Nada satisfeito(a)", 3 a "Satisfeito (a)" e 5 a "Muito satisfeito (a)". Deve ter em conta a escala abaixo apresentada para o preenchimento desta parte do questionário.

1) Nada satisfeito (a)

2) Pouco satisfeito(a)

3) Satisfeito(a)

4) Bastante satisfeito(a)

5) Muito satisfeito (a)

### 1. Grau de satisfação relativo à referenciação de crianças com problemas de comunicação e linguagem.

#### 1) Satisfação relativa ao processo de referenciação de crianças com problemas de comunicação e linguagem \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada satisfeito (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito satisfeito (a)

### 2. No caso de considerar que o processo de referenciação não ocorre da forma mais eficiente, por favor indique três barreiras.

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

Anexo2 – Carta de apresentação do estudo

## Questionário aos Médicos de Família

O meu nome é Inês Dinis, sou Terapeuta da Fala desde 2010 e desde então tenho vindo a trabalhar com crianças com problemas de comunicação e linguagem. Neste momento encontro-me a realizar a minha dissertação de Mestrado no âmbito do Mestrado em Terapêutica da Fala da Universidade Fernando Pessoa, sob a orientação da Professora Doutora Fátima Maia. Com esta investigação pretendo melhorar o conhecimento acerca do processo de referenciação de crianças com problemas de comunicação e linguagem iniciado nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Assim, espero alcançar uma melhor compreensão dos motivos de encaminhamento dos Médicos de Família, contribuindo para uma referenciação e consequente intervenção mais adequadas e atempadas. Para o efeito será necessário, que os Médicos de Família respondam a um rápido questionário de perceção. O questionário está dividido em 7 partes:

- I. Caracterização socioprofissional
- II. Satisfação com fatores internos e externos necessários à referenciação de crianças com problemas de comunicação e linguagem
- III. Frequência de comportamentos durante a consulta de saúde infantil
- IV. Importância atribuída a atitudes, comportamentos e situações relativamente ao processo de deteção e encaminhamento de crianças com problemas de comunicação e linguagem
- V. Fatores que influenciam o encaminhamento
- VI. Interesse pessoal relativo ao desenvolvimento de conhecimentos sobre comunicação e linguagem
- VII. Satisfação com o processo de referenciação atual de crianças com problemas de comunicação e linguagem

Assim, o estudo terá como finalidade a compreensão do contributo dos Cuidados de Saúde Primários, na qualidade do Médico de Família, quanto à referenciação precoce de crianças com problemas de comunicação e linguagem. Desta forma, pretendo:

- Descrever qual o papel que o Médico de Família considera ter na referenciação de crianças com problemas de comunicação e linguagem;
- Identificar as principais barreiras identificadas pelos Médicos de Família quanto à referenciação de crianças com problemas de comunicação e linguagem.

A sua opinião baseada na sua experiência poderá ser um importante contributo. Assim, venho por este meio solicitar a sua preciosa colaboração no preenchimento do questionário que se segue, o qual tem uma duração aproximada 5 minutos.

Todos os dados serão tratados de maneira confidencial, sendo que em nenhum momento o nome dos participantes será divulgado, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos mesmos. Informo ainda que tem o direito de recusar a todo o tempo a sua participação neste estudo. Agradeço sinceramente o seu tempo e a sua ajuda. Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento adicional, através do meu contacto:

Telemóvel: 918276312  
E-mail: [ines.s.dinis@gmail.com](mailto:ines.s.dinis@gmail.com)  
Com os melhores cumprimentos  
Inês Dinis

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

Anexo3 – Declaração de consentimento informado

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português): Problemas de comunicação e linguagem na criança: perfil de referenciação e relação com os Cuidados de Saúde Primários

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

**Antes de responder ao questionário deve assinalar o seu consentimento \***

Marcar apenas uma oval.

Consinto em participar no estudo em causa

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

Anexo4 – Análise da consistência interna ( $\alpha$  de *Cronbach*)

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,799	,802	35

Anexo5 – Análise fatorial: KMO e Bartlett

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

**KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,406
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1075,362
	df	595
	Sig.	,000

Anexo6 – Interpretação dos resultados da análise fatorial

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6,944	19,839	19,839	6,944	19,839	19,839
2	3,359	9,598	29,437	3,359	9,598	29,437
3	2,840	8,114	37,551	2,840	8,114	37,551
4	2,224	6,354	43,905	2,224	6,354	43,905
5	2,020	5,771	49,676	2,020	5,771	49,676
6	1,857	5,304	54,980	1,857	5,304	54,980
7	1,675	4,786	59,767	1,675	4,786	59,767
8	1,498	4,279	64,046	1,498	4,279	64,046
9	1,375	3,929	67,975	1,375	3,929	67,975
10	1,300	3,715	71,690	1,300	3,715	71,690
11	1,099	3,141	74,830	1,099	3,141	74,830
12	,976	2,788	77,619			
13	,865	2,473	80,092			
14	,820	2,342	82,434			
15	,708	2,023	84,457			
16	,656	1,875	86,332			
17	,606	1,731	88,063			
18	,535	1,529	89,593			
19	,482	1,379	90,971			
20	,444	1,267	92,239			
21	,381	1,090	93,328			
22	,373	1,065	94,394			
23	,307	,878	95,271			
24	,294	,840	96,111			
25	,235	,672	96,783			
26	,218	,623	97,406			
27	,206	,590	97,996			
28	,163	,465	98,460			
29	,148	,423	98,883			
30	,103	,295	99,179			
31	,095	,271	99,450			
32	,079	,225	99,675			
33	,062	,176	99,851			
34	,036	,102	99,953			
35	,016	,047	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix

	Component										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Tempo de duração da consulta infantil	,361	,075	-,538	-,086	,343	,292	-,048	,105	-,079	,025	,015
SatIdadesChave	,546	,349	-,015	-,384	,188	,145	-,241	,121	-,154	-,280	-,083
SatInformação	,760	-,066	,097	-,247	,180	,116	-,079	,204	,131	,215	,183
SatEficáciaMS	,547	,025	-,194	-,077	,296	,183	-,249	,292	-,210	,346	,058
SatServiços	,604	,308	,089	-,152	,429	-,142	,106	-,279	-,091	-,043	,178
SatCurso	,727	-,042	-,021	-,023	-,191	-,409	-,005	-,033	,108	-,085	-,204
SatFormação	,626	-,159	-,013	,109	-,093	-,443	-,331	,002	,169	,052	,029
SatConhecimentos	,723	,026	-,024	-,112	-,444	-,032	-,146	,041	,185	,104	,014
SatDetecção	,817	,022	-,142	-,092	-,280	,029	-,100	,019	-,028	,045	,065
SatConheProcesso	,737	,175	-,082	-,070	-,185	,018	,278	-,240	-,003	-,117	-,009
Satcapacidades	,773	,217	-,003	,046	-,202	-,017	,282	-,050	,007	-,081	-,047
SatCapPais	,532	-,147	-,323	,020	-,373	,103	,143	,205	-,004	-,054	,074
FreqTestes	,427	-,082	,490	,168	-,159	,048	-,045	-,234	,400	,035	-,017
FreqMS	,410	-,071	,304	,257	-,072	,432	-,330	,168	-,259	-,259	-,166
FreqMChat	,090	-,074	,391	,493	-,230	-,038	,026	,165	-,037	-,358	,052
FreqSNPI	,304	-,056	,232	,565	,169	-,221	,241	,195	,052	,194	,012
FreqHosp	,359	-,082	,116	,217	,042	,550	,274	-,210	-,029	-,178	-,149
FreqCMFR	,345	-,052	,260	,107	,289	,272	,475	,066	,154	-,290	-,052
FreqOutros	,050	-,149	,361	,080	-,010	,042	,361	,341	-,352	,204	,102
FreqSeguimento	,587	-,011	,202	,241	,149	,149	-,160	,185	,069	,263	-,167
ImpPrecoce	-,086	,357	-,005	,396	,277	-,191	-,305	-,112	,349	-,052	-,214
ImpPreescolar	-,105	,431	-,310	,148	-,360	,321	-,108	,212	,171	,005	,226
ImpEdSaude	-,213	,570	-,040	,227	-,147	,379	-,198	,134	,360	-,067	,128
ImpAvTF	-,042	,683	,522	-,153	-,126	-,134	-,138	-,002	-,241	-,016	,018
ImpAvMF	-,354	,654	,256	-,103	,246	,037	,017	,238	,067	-,007	-,061
ImpAvEquipa	-,063	,657	,438	,098	-,221	-,186	,006	,077	-,286	,181	-,102
ImpRastreios	-,038	,335	,205	-,172	-,129	,083	,034	-,358	-,089	-,128	,561
ImpAtitudeOSEsp	-,022	,302	-,244	,279	-,091	-,399	,180	,477	-,049	-,194	,157
ImpAtitudeOEnc	-,013	,275	-,367	-,243	,046	-,134	,552	,227	,132	,059	-,212
ImpAtitudeODE	-,061	,630	-,023	-,313	-,139	,133	,213	-,052	,341	,189	-,282
InfMS	,252	,345	-,386	,183	-,013	-,079	-,110	-,293	-,476	-,081	-,410
InfServicos	,251	,231	-,563	,370	,106	-,169	,009	-,143	-,037	-,214	,222
InfPais	-,157	,301	-,440	,539	,345	,076	,033	-,085	-,075	,145	,103
IntAprender	,203	,147	,055	,380	-,213	,153	,174	-,390	-,113	,575	,101
SatGeralProcesso	,547	,163	,216	-,132	,483	-,250	,028	,041	,041	-,092	,216

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 11 components extracted.

Da análise das tabelas apresentadas (“Total variance explained” e “component matrix”), considerou-se que os fatores extraídos são os seguintes:

1. Fator relacionado principalmente com a satisfação. Contudo a frequência de seguimento, que não se relaciona com esta área do questionário, também foi associada;
2. Fator relacionado com a importância atribuída a comportamentos e atitudes de deteção precoce. Neste inclui-se a importância atribuída à deteção precoce, ao trabalho de equipa e à atitude “observar, detetar precocemente e encaminhar precocemente”;
3. Fator que se refere apenas à utilização de testes durante a consulta de saúde infantil para além da EADMSM;
4. Fator que agrupa a frequência de utilização do M-CHAT, a frequência de encaminhamento para o SNIPI e a influência dos pais no encaminhamento;
5. Fator que agrupa a frequência de encaminhamento para o hospital à utilização da EADMSM;
6. Fator que se agrupa a frequência de encaminhamento para Clínicas de Medicina Física e Reabilitação (CMFR) à importância da atitude “observar, suspeitar e encaminhar”;
7. Fator que se refere à importância da atitude “observar, suspeitar, esperar”;
8. Fator que se refere ao interesse na área do desenvolvimento da comunicação e linguagem em crianças;
9. Fator que se refere à importância da realização de rastreios de comunicação e linguagem.

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos  
Cuidados de Saúde Primários

Anexo7- Análise das respostas dos MF relativamente à frequência de  
encaminhamento para os diferentes serviços

Referenciação de Crianças com Problemas de Comunicação e Linguagem a partir dos

Cuidados de Saúde Primários

SNIPI	HOSP	CMFR	OUT
1	2	1	2
2	1	2	2
1	2	1	2
1	2	2	2
1	2	2	2
1	2	2	1
1	1	1	1
2	2	2	2
2	2	2	2
1	2	1	1
1	2	2	1
1	2	2	1
1	1	1	2
2	2	2	2
2	2	2	2
1	2	2	1
1	2	2	1
1	1	1	1
1	2	1	1
2	2	2	2
2	2	2	1
1	2	1	1
1	2	2	1
2	2	2	2
2	2	2	1
1	1	2	1
1	2	2	1
1	1	2	2
2	1	1	2
1	2	1	2
2	1	1	2
2	1	1	1
2	2	2	1
2	2	2	1
2	2	1	1
1	2	1	2
1	2	2	1
1	1	1	1
2	1	1	1
1	2	2	1
1	2	2	2
2	2	1	1
1	2	2	2
2	2	1	1
2	2	2	2
1	2	1	1
2	2	2	2
1	2	1	2
2	2	2	1
1	2	2	1
2	2	2	2
1	2	1	1
2	2	2	2
2	1	2	1

Legenda:

1- O encaminhamento de PCL nunca ocorre ou ocorre com pouca frequência

2- O encaminhamento de PCL ocorre com alguma, bastante ou muita frequência

HOSP: Hospital

OUT: Outro serviço