

# iscte

INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

**Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA):  
Estudo de Validação para a População Portuguesa**

Patrícia Bettencourt Preto de Freitas Lopes

Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadora:

Professora Doutora Joana Isabel Soares Baptista, Professora Auxiliar,  
Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2021





CIÊNCIAS SOCIAIS  
E HUMANAS

---

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

**Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA):  
Estudo de Validação para a População Portuguesa**

Patrícia Bettencourt Preto de Freitas Lopes

Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadora:

Professora Doutora Joana Isabel Soares Baptista, Professora Auxiliar,  
Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2021



## **Agradecimentos**

“Os principais problemas com que o mundo se depara hoje em dia só poderão ser resolvidos se melhorarmos a nossa compreensão do comportamento humano.”

— B. F. Skinner

Começo por agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Joana Baptista, pelo seu trabalho incansável, rigor e ética profissional exemplar. Sem a sua orientação e dedicação não tenho dúvidas de que seria tudo muito mais difícil. Guardo uma enorme admiração e respeito por si.

Agradeço muito e eternamente aos meus pais, por todo o suporte e investimento na minha educação e formação. Pela confiança e liberdade que sempre me deram ao longo dos anos e por todas as oportunidades que tornaram possíveis. Sei que sou uma sortuda por tudo aquilo que me proporcionaram e espero, acima de tudo, deixá-los orgulhosos do meu percurso.

Um agradecimento geral também a todos os meus queridos amigos que me incentivaram e encorajaram através de palavras de motivação. Sou muito grata pelas amizades que tenho e por me terem apoiado numa das etapas mais desafiantes da minha vida, a nível académico. Só espero poder retribuir o mesmo carinho e continuar a preservar estas relações, que tanto prezo.

Destaco as minhas colegas de Psicologia, Filipa e Adriana. A Filipa por ouvir os meus inúmeros desabaços e por me ter oferecido sempre uma mão amiga para me ajudar ao longo destes 5 anos de formação em Psicologia. A Adriana por me ter ajudado e acompanhado nos últimos 2 anos de Mestrado e principalmente no processo de escrita da tese.

A todos os participantes que contribuíram para a realização deste projeto, pela sua disponibilidade, interesse e colaboração. E, de modo geral, a todas as pessoas que me auxiliaram no processo de divulgação do estudo e de recolha de dados, tornando possível a elaboração da presente dissertação.

Por último, mas não menos importante, gostaria de agradecer ainda a todos os Professores, tanto do Mestrado, como da Licenciatura, com quem tive oportunidade de contactar e aprender nestes 5 anos, no ISCTE. Pelos exemplos de profissionalismo e de dedicação à Psicologia, que levarei comigo para me inspirar na minha prática profissional futuramente.

Obrigada a todos e todas.



## Resumo

As dificuldades ao nível do desenvolvimento socioemocional e comportamental na infância são frequentes, podem ser persistentes e comprometer significativamente o funcionamento adaptado das crianças. A identificação precoce de problemas socioemocionais e comportamentais torna-se, por isso, fundamental para prevenir problemas de ajustamento graves em fases subsequentes do desenvolvimento. Nesse sentido, ferramentas de avaliação adequadas, que permitam sinalizar tais dificuldades precocemente, assumem um papel de relevância. Em Portugal, permanece escassa a oferta de instrumentos validados para a avaliação das dificuldades do desenvolvimento e de competências socioemocionais e comportamentais na primeira infância. O presente estudo visou contribuir para este tópico, tendo como objetivo a validação para a população Portuguesa da versão para pais/cuidadores primários da escala Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA; Briggs-Gowan & Carter, 2002). Assim, este projeto propôs-se a analisar as propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala BITSEA, com base numa amostra de 410 bebés e crianças entre os 12 e os 36 meses, de baixo risco, e os respetivos progenitores. Os cuidadores responderam à tradução Portuguesa da escala BITSEA, à Checklist de Sintomas Pediátricos (Perrin et al., 2016), ao Modified Checklist for Autism in Toddlers (Robins et al., 2001) e ao Questionário de Fatores de Stress Quotidiano (Kanner et al., 1981). Os resultados sugerem que a edição Portuguesa da BITSEA revela boas qualidades psicométricas, nomeadamente de consistência interna para a subescala Problemas, validade concorrente e divergente, e fiabilidade teste-reteste. Estes resultados sustentam o carácter promissor da BITSEA para a avaliação de problemas socioemocionais e comportamentais na primeira infância.

*Palavras-chave:* BITSEA; problemas socioemocionais e comportamentais; infância; bebés e crianças pequenas.

### **PsycInfo Codes:**

**2200** Psicometria e Estatística e Metodologia

**2800** Psicologia do Desenvolvimento





## Abstract

Socioemotional and behavioral difficulties during childhood are frequent, can be persistent, and significantly compromise children's adjustment. The early identification of infants and toddlers at risk or with actual socioemotional and behavioral difficulties is therefore essential to prevent severe adjustment problems in subsequent developmental stages. Adequate assessment tools, that may allow the early screening of those difficulties, are thus crucial. In Portugal, validated measures for the assessment of developmental difficulties and socioemotional and behavioral competence in early childhood remain scarce. This study aimed to contribute to this topic, by focusing on the validation of the Portuguese parents/primary caregivers' version of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment scale (BITSEA; Briggs-Gowan & Carter, 2002). In this study, the psychometric properties of the Portuguese version of the BITSEA scale were analyzed based on a sample of 410 low-risk infants and toddlers aged between 12 and 36 months, and their parents. Caregivers completed the Portuguese translation of the BITSEA scale, as well as the Pediatric Symptoms Checklist (Perrin et al., 2016), the Modified Checklist for Autism in Toddlers (Robins et al., 2001), and the Daily Hassles Questionnaire (Kanner et al., 1981). Overall, the results suggest that the Portuguese version of the BITSEA shows good psychometric qualities, namely internal consistency for the Problem subscale, concurrent and divergent validity, and test-retest reliability. These results support the BITSEA scale as a promising tool for the assessment of socioemotional and behavioral problems in early childhood.

*Keywords:* BITSEA; socioemotional and behavioral problems; childhood; infants and toddlers.

### **PsycInfo Codes:**

**2200** Psychometrics & Statistics & Methodology

**2800** Developmental Psychology



## Índice Geral

Introdução	1
Capítulo 1. Enquadramento Conceptual	3
1.1. Dificuldades socioemocionais e comportamentais nos primeiros anos de vida: Definição e prevalência	3
1.2. Dificuldades socioemocionais e comportamentais nos primeiros anos de vida: Implicações para o desenvolvimento futuro	6
1.3. A avaliação de dificuldades socioemocionais e comportamentais precoces	7
1.3.1. Instrumentos disponíveis no âmbito do desenvolvimento socioemocional e comportamental infantil	13
1.3.2. Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA)	15
1.4. Problema de investigação e objetivos do estudo	17
Capítulo 2. Método	21
2.1. Participantes	21
2.2. Instrumentos	22
2.2.1. Questionário Sociodemográfico	22
2.2.2. Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment	22
2.2.3. Checklist de Sintomas Pediátricos	23
2.2.4. Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised	24
2.2.5. Questionário de Fatores de Stress Quotidiano	24
2.3. Procedimento	25
2.4. Estratégica Analítica	25
Capítulo 3. Resultados	27
3.1. Estatística Descritiva	27
3.2. Consistência Interna	29
3.3. Fiabilidade Teste-reteste	30
3.4. Validade Concorrente	30
3.5. Validade Divergente	30
3.6. Associações entre as subescalas BITSEA e restantes variáveis do estudo	30
3.6.1. Associações com a idade e o sexo da criança	30
3.6.2. Associações com a preocupação parental	31
3.6.3. Associações com o stress parental	31

Capítulo 4. Discussão	33
Conclusão	41
Referências Bibliográficas	43

## Índice de Quadros

Tabela 1. Descrição da Amostra	22
Tabela 2. Descrição dos itens BITSEA e Correlações com as Subescalas Competências e Problemas	28
Tabela 3. Valores de Consistência Interna das Subescalas Competências e Problemas	29



## Introdução

Em Portugal, permanece escassa a oferta de instrumentos de avaliação do desenvolvimento socioemocional e comportamental do bebé e da criança pequena, devidamente validados para a população Portuguesa, que sejam breves e de acesso livre. Perante este cenário, a presente dissertação teve como objetivo analisar as propriedades psicométricas da versão para pais/cuidadores primários da escala Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA; Briggs-Gowan & Carter, 2002). A escala BITSEA tem sido descrita na literatura como um instrumento promissor para a avaliação de dificuldades no funcionamento socioemocional e comportamental do bebé e da criança, e das suas competências (e.g., Briggs-Gowan et al., 2004; Wendland et al., 2014), podendo, por esta razão, vir a constituir-se como um importante recurso no contexto nacional.

A presente dissertação encontra-se organizada em quatro capítulos. O primeiro apresenta o enquadramento teórico e a contextualização da temática em análise, através da revisão da literatura sobre problemas socioemocionais e comportamentais na infância, o papel da avaliação precoce e a descrição da escala acima mencionada. Ainda neste capítulo 1, é identificado o problema de investigação e são apresentados os objetivos do estudo, assim como as hipóteses formuladas. De seguida, no capítulo 2, descreve-se o presente estudo exploratório e o método aplicado, referindo-se as características dos participantes que constituíram a amostra, os instrumentos de avaliação utilizados e o procedimento de recolha e análise de dados, bem como a estratégia analítica. Posteriormente, no capítulo 3, são apresentados os resultados obtidos através das análises estatísticas, que serão discutidos no capítulo seguinte, tendo por base a literatura. Por sua vez, no capítulo 4, são elaboradas as principais reflexões sobre os resultados e identificadas as limitações do estudo, o contributo e relevância do mesmo, sugerindo-se, ainda, algumas recomendações para a investigação futura. Finalmente, na Conclusão são sintetizadas e sublinhadas as principais contribuições e implicações deste trabalho.





## **Capítulo 1.**

### **Enquadramento Conceptual**

As últimas décadas foram marcadas por um aprofundamento considerável do conhecimento científico nos domínios da avaliação e da intervenção na saúde mental infantil (Carter et al., 2004). Para esta circunstância, muito tem contribuído a investigação na área das neurociências do desenvolvimento, que tem destacado a importância dos primeiros anos de vida para a maturação e o funcionamento cerebral (Teicher et al., 2006), reforçando a premissa de que a primeira infância representa um período sensível para o surgimento de sinais de alarme de diferentes perturbações do neurodesenvolvimento e psicopatologias (Anderson & Cohen, 2002).

Não obstante as evidências de que bebés e crianças pequenas podem apresentar problemas de saúde mental – que afetam o seu funcionamento e atividades diárias, e podem impactar de forma negativa as suas trajetórias de desenvolvimento e adaptação –, persistiu até muito recentemente resistência ao reconhecimento de que a psicopatologia pode ocorrer na infância (Emde, 1999, 2001). A não consideração e o não reconhecimento da importância da saúde mental durante os primeiros anos de vida acarretam consequências diversas (McLearn et al., 2007), tal como retratado de seguida.

#### **1.1. Dificuldades socioemocionais e comportamentais nos primeiros anos de vida: Definição e prevalência**

O desenvolvimento socioemocional nos primeiros anos de vida pode ser definido como a capacidade crescente das crianças para construírem vínculos seguros com adultos e relações positivas com os pares, regular e expressarem emoções de forma ajustada aos contextos sociais e culturais, e explorarem ativamente o meio envolvente (família, comunidade e cultura; Yates et al., 2008). Entre as várias competências sociais e emocionais fundamentais, alguns autores (Denham, 2006; Yoder, 2014) destacam a expressão e regulação emocional, a tomada de perspetiva, a empatia, o autocontrolo, a autoconfiança, e a capacidade de desenvolver e manter relações com os outros. Posto isto, importa definir e esclarecer o que se entende por dificuldades ao nível do desenvolvimento socioemocional e comportamental na infância.

Autores sugerem que os problemas socioemocionais e comportamentais, durante os primeiros anos de vida, incluem comportamentos de internalização e de externalização, assim como dificuldades de regulação e outros comportamentos socialmente inadequados que,

mesmo isolados, podem comprometer o bem-estar da criança e as suas trajetórias de desenvolvimento (Carter et al., 2003). A conceptualização e definição de problemas de externalização e de internalização foi inicialmente proposta por Thomas Achenbach (1996), que refere a possibilidade de comorbilidade entre os dois tipos de problemas e comportamentos (Achenbach, 1992). Segundo este autor, os problemas de externalização definem-se pela presença de comportamentos desafiantes, de agressividade, e impulsividade. Os sintomas de internalização, por sua vez, são caracterizados pela presença de sintomas de ansiedade, depressão e retraimento social (Achenbach & Rescorla, 2004).

Em bebês e crianças pequenas, os comportamentos de externalização tendencialmente incluem hiperatividade, impulsividade, agressividade e comportamentos de desafio ou oposição, enquanto os problemas de internalização podem incluir isolamento social, inibição ou timidez extrema, depressão, ansiedade e angústia causada pela separação (Carter et al., 2003). Para os primeiros anos de vida, autores acrescentam e salientam as dificuldades regulatórias, designadamente: problemas de regulação de estados emocionais negativos, sensibilidades sensoriais atípicas, bem como perturbações do sono e da alimentação (Carter et al., 2003). Os fatores de intensidade e frequência dos comportamentos problemáticos ou alarmantes são decisivos na sinalização de problemas significativos em termos clínicos. Estes comportamentos geralmente motivam preocupação parental e podem interferir com o progresso do desenvolvimento da criança ou com as rotinas familiares (Briggs-Gowan & Carter, 2008).

Ressalva-se que os problemas de saúde ao nível do desenvolvimento emocional e comportamental estão atualmente entre as cinco principais condições pediátricas que mais comprometem o funcionamento infantil (Halfon et al., 2012; Slomski, 2012). A literatura aponta para uma prevalência elevada de problemas sociais e emocionais ou atrasos no desenvolvimento de competências socioemocionais, variando entre 7% e 24% em crianças entre 1 e 3 anos de idade (Briggs-Gowan et al., 2001; Egger & Angold, 2006; Horwitz et al., 2003). Estima-se ainda que 10% a 15% dos bebês e andantes entre 1 e 2 anos de idade apresentem problemas socioemocionais significativos (Briggs-Gowan et al., 2001). Adicionalmente, evidências sublinham a presença de problemas socioemocionais e comportamentais clinicamente significativos em crianças com 5 anos de idade, com estimativas de prevalência de perturbações psiquiátricas nessa faixa etária variando entre 16% e 26% (Egger & Angold, 2006; Lavigne et al., 2009).

Apesar dos valores supramencionados, o estudo de Horwitz e colaboradores (2003) veio revelar que menos de 8% das crianças com essas dificuldades tendem a receber algum tipo de

serviço de saúde mental ou de estimulação do desenvolvimento. Os mesmos autores aferiram ainda que as crianças com problemas do desenvolvimento em termos motores recebiam dez vezes mais apoio de serviços do que as crianças com problemas socioemocionais ou psicológicos. Nessa linha, outro estudo (Lavigne et al., 2009) verificou que apenas 3% das crianças em idade pré-escolar, que apresentavam problemas de saúde mental, recebiam algum tipo de apoio ou acompanhamento. Mais recentemente, Weitzman e Wegner (2015) sugeriram que menos de uma em cada oito crianças com problemas de saúde mental identificados são acompanhadas profissionalmente.

À conjuntura anterior acrescem como agravantes o facto de este problema de alcance das famílias a serviços de saúde mental ser particularmente pronunciado em crianças em contextos de minorias sociais (Costello et al., 2005), e dos serviços prestados se centrarem geralmente em questões do desenvolvimento motor, cognitivo ou da linguagem, e não socioemocional (Briggs-Gowan & Carter, 2004). Importa também mencionar que, durante os primeiros anos de vida, os problemas de comportamento de oposição e desafio estão entre os tipos de problemas de saúde mental mais facilmente reconhecidos e tratados (Brownell & Carriger, 1990), enquanto os problemas de internalização são frequentemente esquecidos – apesar da sua prevalência, persistência e previsão de resultados negativos ao longo da infância (Egger & Angold, 2006).

Atendendo aos resultados dos estudos acima descritos, torna-se essencial estimar valores aproximados da prevalência de problemas socioemocionais e comportamentais na infância mais precisos, para apurar a necessidade de resposta face às dificuldades que as crianças evidenciam. Este desafio está no centro do problema para os profissionais de cuidados infantis que procuram oferecer às crianças e respetivas famílias os apoios adequados (Brauner & Stephens, 2006). Efetivamente, denota-se uma variância significativa entre os valores estimados por diferentes estudos. Um exemplo disso é o estudo de Brauner e Stephens (2006), que fizeram uma revisão dos valores reportados por 18 estudos diferentes (entre 1975 e 1998) e concluíram que as estimativas de problemas socioemocionais e comportamentais graves variavam entre 5% e 26%. Esta variância, aliada à dificuldade evidente na definição de critérios para o diagnóstico de problemas socioemocionais na primeira infância, são apenas dois dos grandes e vários obstáculos patentes na área de investigação do desenvolvimento infantil, que serão enumerados mais adiante.

## **1.2. Dificuldades socioemocionais e comportamentais nos primeiros anos de vida: Implicações para o desenvolvimento futuro**

O impacto que as dificuldades cognitivas e da linguagem podem exercer no funcionamento adaptado da criança ao longo da infância recebeu tradicionalmente maior destaque, tendo sido remetido, durante algum tempo, para segundo plano o papel exercido pelas competências sociais e emocionais (Carter et al., 2004). Apesar do anterior, a literatura sugere que a identificação precoce de atrasos nas competências sociais e emocionais pode revelar-se especialmente importante, visto que este tipo de competências pode exercer um papel fundamental nas trajetórias de desenvolvimento subsequentes de (in)adaptação (Carter, 2002; Cicchetti, 1993; Cicchetti & Cohen, 1995; Masten & Coatsworth, 1995, 1998). Nesse sentido, assistiu-se, nos últimos anos, a um reconhecimento crescente da importância do diagnóstico precoce e da intervenção com bebês e crianças pequenas que apresentam dificuldades socioemocionais e comportamentais (American Academy of Pediatrics [AAP], 2001; Karabekiroglu, 2009).

A maior atenção prestada aos problemas socioemocionais e comportamentais precoces tem sido igualmente impulsionada pela consciencialização de que crianças pequenas com este tipo de problemas apresentam risco acrescido de evidenciarem um conjunto de resultados desenvolvimentais negativos, a curto e a longo prazo, que podem incluir perturbações psiquiátricas (Campbell et al., 2006; Fox, 2004) e pior desempenho académico (Campbell et al., 2006). A isto, acrescem as evidências de que atrasos nas competências socioemocionais precoces estão frequentemente associados a mais problemas de internalização e de externalização a longo prazo (Bornstein et al., 2010; Briggs-Gowan & Carter, 2008).

Efetivamente, a literatura tem reforçado o carácter persistente dos problemas socioemocionais e comportamentais na infância (Carter et al., 2004). Autores consideram que a prevalência de problemas no desenvolvimento socioemocional infantil tende a manter-se relativamente estável ao longo do tempo, associando-se a problemas de saúde mental ao longo da vida (e.g., Briggs-Gowan & Carter, 2008; Carter et al., 2004; Lavigne et al., 1998; Mathiesen & Sanson, 2000). A título de exemplo, Mathiesen e Sanson (2000) verificaram no seu estudo que 37% das crianças com 18 meses de idade que evidenciavam problemas socioemocionais e comportamentais, continuavam a apresentar os mesmos problemas aos 30 meses. Ainda, noutro estudo, Lavigne e colaboradores (1998) aferiram que mais de 50% das crianças de 2 e 3 anos que apresentavam problemas de saúde mental, continuavam a apresentar essas mesmas dificuldades um e dois anos mais tarde.

### **1.3. A avaliação de dificuldades socioemocionais e comportamentais precoces**

Perante os resultados acima reportados, Denham e colegas (2009) vieram salientar que os problemas socioemocionais e comportamentais precoces constituem-se como um problema de saúde pública e realçam a importância de uma avaliação precisa e aprofundada do funcionamento socioemocional na infância. Tal avaliação sustenta a identificação precoce de bebês e crianças pequenas que se encontram numa potencial situação de risco para um desenvolvimento inadaptado, e possibilitam o planeamento de intervenções atempadas. Autores sugerem a existência de uma janela de oportunidade, entre dois e quatro anos, desde o início da apresentação dos sinais de alarme e o desenvolvimento efetivo de uma perturbação, pelo que a intervenção precoce se torna essencial para evitar que os problemas socioemocionais e comportamentais se agravem (O'Connell et al., 2009; citado por Weitzman & Wegner, 2015). Outros autores, como Wendland e colegas (2014), defendem igualmente que a avaliação e o diagnóstico precoce de problemas socioemocionais ou défices no desenvolvimento de competências socioemocionais, durante a primeira infância, são de inegável interesse para a prevenção e intervenção na área da saúde mental. A este respeito, a National Academy of Sciences dos Estados Unidos da América (National Research Council, 2008) destaca quatro propósitos que a avaliação do desenvolvimento de crianças na primeira infância pode servir: a) determinar o nível de funcionamento individual de uma criança; b) orientar a intervenção precoce; c) avaliar o desempenho de um programa de intervenção ou comunidade envolvente; e d) aprofundar o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil.

Não obstante, a investigação sugere a presença de múltiplas limitações e constrangimentos associados aos processos de identificação de problemas de saúde mental na primeira infância (e.g., Costello et al., 2005; Lavigne et al., 2009; Sheldrick et al., 2011; Stagman & Cooper, 2010), e, em particular, os desafios específicos da avaliação de problemas comportamentais e psicossociais em crianças pequenas (Keller, 2014). A título de exemplo, Briggs-Gowan e colegas (2013) apontam para a existência de dificuldades sentidas pelos pais e por profissionais em identificar os períodos do desenvolvimento da criança em que a não aquisição de competências ou a presença de sinais (potencialmente) de alarme devam ser alvo de preocupação. De acordo com Ellingson e colaboradores (2004), esta circunstância pode conduzir a que pais com filhos pequenos com problemas clinicamente significativos não procurem apoio e suporte junto de serviços de saúde mental e intervenção precoce nos primeiros meses e anos de vida da criança.

Em contrapartida, o nível de preocupação dos cuidadores relativamente ao desenvolvimento dos filhos pode exercer uma influência considerável, nomeadamente na

decisão clínica dos profissionais de saúde infantil (Ellingson et al., 2004; Klein et al., 2010). O grau de preocupação dos pais constitui um indicador de que a criança não está a conseguir corresponder às expectativas de desenvolvimento do contexto familiar e pode ser um fator determinante para a procura de serviços de cuidados infantis por parte dos pais (Ellingson et al., 2004). Ressalva-se que, face às limitações dos bebés e crianças pequenas ao nível cognitivo e verbal, os relatos parentais detêm um papel insubstituível na avaliação precoce da saúde mental infantil (Carter et al., 2009).

De facto, a literatura sustenta o papel fundamental da perceção dos pais no reconhecimento de problemas socioemocionais e comportamentais na infância (Carter et al., 2009; Sacrey et al., 2015). Na mesma linha, um estudo de Briggs-Gowan e colaboradores (2000) revelou que os pais que mais frequentemente discutiam os problemas socioemocionais e comportamentais dos filhos com os seus pediatras tinham três vezes mais probabilidade de obter serviços de saúde mental para os seus filhos, do que aqueles que não o faziam. De realçar ainda que a subutilização de apoios e serviços por parte das famílias de crianças com o mesmo tipo de dificuldades desenvolvimentais pode estar a contribuir para os números subestimados das respetivas prevalências (Brauner & Stephens, 2006).

Face ao exposto, importa referir alguns fatores relevantes que devem ser considerados na análise dos possíveis motivos pelos quais muitas vezes não se verifica a procura e o recurso a ajuda profissional por parte dos cuidadores. Investigadores mencionam a existência de estigma social associado à saúde mental infantil (Jellinek et al., 2003; US Public Health Service, 2000), que se acentua com o receio dos pais poderem ser alvos de culpabilização pelas dificuldades dos filhos (McLearn et al., 2007). Este estigma, que atualmente ainda persiste, pode ter implicações graves e prejudiciais para a saúde e para o desenvolvimento integral ajustado das crianças, especialmente quando se trata de uma doença mental não sinalizada (Carter et al., 2004). Paralelamente, são indicados na literatura outros fatores que podem impedir a procura e a utilização de recursos da comunidade destinados à avaliação e promoção da saúde mental infantil, destacando-se: o desconhecimento e a incerteza acerca da gravidade de sinais de alarme e determinados comportamentos; o receio face a juízos de valor e vergonha; e, por último, a convicção de que os problemas serão ultrapassados de forma natural, ao longo do tempo e crescimento da criança (Brauner & Stephens, 2006).

Outro aspeto de relevo a este respeito prende-se com as diferenças culturais nos sistemas de crenças acerca do desenvolvimento infantil e em relação aos serviços de saúde mental (e.g., Jellinek et al., 2003). A forma como as famílias entendem que deve ser o comportamento ideal ou típico de bebés e crianças pequenas é influenciada pela história da família e interações

entre pais e filhos no seio familiar, assim como pelos valores e crenças culturais das mesmas (Clark et al, 2004). Do mesmo modo, as interpretações dos comportamentos da criança influenciam o nível de preocupação dos pais e a procura de respostas adequadas para as dificuldades da criança. Além disso, estudos empíricos têm demonstrado que existem diferenças culturais na perceção dos cuidadores e nas suas expectativas em relação aos comportamentos esperados num determinado período do desenvolvimento da criança (US Public Health Service, 2000). Autores sugerem que tais diferenças culturais podem influenciar a identificação e expressão da necessidade de recurso a serviços profissionais na área da saúde mental (Carter et al., 2004).

Não obstante a variabilidade associada a diferentes fatores e contextos sociais e económicos (e.g., rendimento familiar, estatuto socioeconómico, pertença a minorias sociais; Raspa et al., 2010), os benefícios percebidos pelos cuidadores da participação em serviços de avaliação e intervenção precoce são consideráveis. Tais benefícios incluem, por exemplo, o testemunho da evolução da criança e a promoção do seu crescimento saudável, em colaboração com os profissionais (Guralnick, 2017). A par disso, como resultado do maior envolvimento parental, Raspa e colegas (2010) verificaram maior otimismo em relação ao futuro e o aumento da confiança dos pais sobre as suas capacidades no desempenho das funções e responsabilidades parentais, assim como na superação das dificuldades relacionadas com os atrasos no desenvolvimento dos filhos. Além do mais, a avaliação e a intervenção precoces podem reduzir a ansiedade e o stress dos progenitores, enquanto os tornam mais confiantes, mais capazes e competentes no processo de resolução de problemas no que diz respeito às práticas parentais e educação dos filhos (Keren et al., 2003). Carter e colaboradores (2004), por sua vez, sugerem que a avaliação de rotina de dificuldades socioemocionais e comportamentais é também uma maneira de transmitir aos pais que essas dificuldades são um tópico apropriado para discussão. Ademais, várias evidências empíricas indicam que as preocupações parentais relativas ao desenvolvimento dos filhos são geralmente bem fundamentadas (Glascoe & Dworkin, 1995; Heiser et al., 2000; Tervo, 2005). Mais se acrescenta que a identificação precoce de crianças com problemas e défices no desenvolvimento pode, através do encaminhamento para um serviço de intervenção precoce, diminuir o seu impacto no funcionamento não só da criança, como da família (Keller, 2014).

Aludindo ao funcionamento familiar, é impossível dissociar uma criança do seu seio familiar e contexto social. Assim, para avaliar e promover o desenvolvimento e o bem-estar ideal da criança, os domínios do desenvolvimento e do comportamento devem ser considerados em função do contexto familiar (Weitzman & Wegner, 2015). A investigação no âmbito do

desenvolvimento infantil e da intervenção precoce sugere que a aquisição de competências sociais e cognitivas durante a infância está diretamente relacionada com alguns componentes das interações sociais das crianças, nomeadamente entre pais e filhos, experiências proporcionadas pela família (e.g., envolvimento com a comunidade), bem como a saúde e a segurança de cada criança (Guralnick, 2011). As referidas áreas de influência nas competências da criança são identicamente influenciadas pelas características pessoais dos pais (e.g., saúde mental e física) e pelos recursos da família (e.g., recursos financeiros, suporte social). Deste modo, a intervenção precoce abrangente deve ter em conta os vários componentes dos padrões familiares de interação, bem como as influências que existem sobre os mesmos, uma vez que todos os fatores mencionados afetam direta e indiretamente o desenvolvimento das crianças (Guralnick, 2017).

Nesse seguimento, os vários contextos de acompanhamento do desenvolvimento na infância, tais como os serviços de intervenção precoce e os serviços de educação infantil, acessíveis a todas as crianças nas comunidades, facilitam a identificação de crianças com problemas e atrasos no desenvolvimento. A realização da avaliação precoce nestes contextos proporciona o cenário ideal para os profissionais oferecerem orientação aos pais sobre o apoio ao desenvolvimento da criança, pelo contacto direto e privilegiado com as crianças e respetivas famílias (Keller, 2014).

Noutro ângulo, as avaliações de rotina em consultas de pediatria são consideradas igualmente importantes e recomendadas para aumentar os esforços na identificação de problemas socioemocionais precoces (AAP, 2001). O contexto pediátrico é um dos mais adequados para detetar problemas socioemocionais e comportamentais, uma vez que os médicos pediatras recebem com maior frequência crianças com problemas socioemocionais e comportamentais do que crianças que não apresentam problemas (AAP, 2001; Zuckerman et al., 1996). Dado o papel essencial que os pediatras podem desempenhar na saúde mental das crianças, as avaliações de rotina podem, pois, representar uma vantagem muito relevante na garantia do atendimento e da satisfação das necessidades de crianças pequenas com dificuldades emergentes e precoces (Carter et al., 2004). Além disso, as avaliações de rotina das competências permitem aos profissionais identificar os pontos fortes que podem ser capitalizados durante o processo de terapia da criança (Wendland et al., 2014). Os pediatras são, segundo Forrest e colaboradores (1999), uma das pontes de ligação mais importantes entre as famílias e os serviços de saúde mental para crianças. Contudo, não deixam de existir alguns constrangimentos e limitações neste tipo de serviços.



Com efeito, os comportamentos de bebês e crianças pequenas no contexto de uma avaliação por observação podem não ser representativos do repertório comportamental genérico da criança noutros ambientes (Briggs-Gowan et al., 2004; Wendland et al., 2014). Por exemplo, o ambiente desconhecido ou experiências médicas anteriores negativas podem influenciar o comportamento da criança (Briggs-Gowan et al., 2004). Já no que concerne os profissionais de saúde, estes muitas vezes estão pobremente equipados e não qualificados o suficiente para explorar questões do desenvolvimento socioemocional com as famílias (Wendland et al., 2014), além de que existe uma variabilidade significativa na eficácia dos profissionais de cuidados primários pediátricos na identificação de problemas emergentes precoces (Sheldrick et al., 2011).

Com o intuito de colmatar os constrangimentos mencionados, questionários estruturados, breves e orientados por diretrizes definidas podem servir como recurso para ajudar os profissionais a identificar problemas clinicamente preocupantes, numa primeira etapa de despiste, em que pontuações acima de um determinado limite alertam para a necessidade de avaliação adicional (Briggs-Gowan et al., 2013; Earls & Hay, 2006). A investigação sobre a qualidade dos instrumentos de avaliação na área do desenvolvimento infantil evoluiu consideravelmente nos últimos anos, tornando mais fácil, acessível e eficiente a avaliação neste campo (Keller, 2014). As avaliações de rotina com recurso a questionários ou escalas breves têm-se mostrado repetidamente viáveis e facilitam a identificação de bebês e crianças pequenas em risco de desenvolver problemas de desenvolvimento, cujas dificuldades podem justificar acompanhamento ou intervenção adicional (Baird et al., 2000; Jellinek et al., 1999; Marks & Larosa, 2012; Simonian, 2006). Os resultados destas avaliações podem conduzir: (1) a um diagnóstico definitivo; (2) à deliberação da necessidade de uma observação suplementar; (3) ao planeamento de uma intervenção abrangente e interdisciplinar; ou (4) à conclusão de que não se confirma nenhum problema significativo (Keller, 2014).

Se, segundo Wendland e colegas (2014), embora a observação direta dos comportamentos das crianças e das interações entre pais e filhos subsistam como um *standard* no diagnóstico e avaliação, esse método requer procedimentos demorados e dispendiosos. Por outro lado, a maioria dos pais/cuidadores primários pode preencher os questionários de avaliação de forma independente e autónoma (Glascoe, 2000), podendo estes, inclusivamente, ser aplicados de forma digital e o processo de cotação ser computadorizado (Carter, 2002). Além disso, a maioria dos questionários não requer muito treino ou formação para serem administrados e analisados. Isto significa então que podem ser facilmente aplicados em contextos de cuidados de saúde primários (Wendland et al., 2014).

Carter e colegas (2004) recomendam o recurso a instrumentos de avaliação em vários momentos e etapas distintas, como uma medida de custo reduzido para o despiste de um número elevado de crianças (Loeber, 1990). Este processo de avaliação pode decorrer ao longo do tempo, dividindo-se cada fase em diferentes momentos, e permitindo um maior acompanhamento das crianças e do seu desenvolvimento. Segundo os mesmos autores, a primeira etapa de despiste deve envolver a utilização de uma ferramenta de avaliação breve e relativamente económica para identificar crianças de elevado risco. As crianças identificadas com risco elevado nessa primeira fase de despiste devem depois ser encaminhadas para uma segunda avaliação mais abrangente, e quando os comportamentos e sinais de alarme se revelem persistentes ao longo do tempo (Carter et al., 2004). Nesse caso, a segunda etapa poderá envolver um questionário mais extenso, incluindo perguntas sobre o nível de preocupação dos pais relativa aos comportamentos socioemocionais e comportamentais da criança e eventuais interferências nas atividades e rotinas diárias (Briggs-Gowan et al., 2001; Carter et al., 2004). Por fim, a terceira fase de avaliação poderá envolver observações, outros informadores (familiares ou profissionais), ou o encaminhamento para uma avaliação diagnóstica (Carter et al., 2004).

A literatura indica que os instrumentos de avaliação precoce de problemas emocionais e comportamentais, adequados à aplicação em contextos de cuidados infantis, devem ser breves e de fácil administração, cotação e interpretação (Glascoe, 2005; Jellinek & Murphy, 1988). Os mesmos devem abranger uma ampla pluralidade de comportamentos e competências, considerando possíveis limitações de tempo e de recursos (Kruizinga et al., 2015). Ao mesmo tempo, devem ainda ter propriedades psicométricas adequadas (i.e., validade e fidelidade; Eisert et al., 1991; Jellinek & Murphy, 1988) e ser capazes de discriminar corretamente crianças com e sem problemas psicossociais e/ou em risco (Kruizinga et al., 2015). De salientar que a avaliação precoce, naturalmente, não ocorrerá sem erros, mas deve ser o mais rigorosa possível (Glascoe, 2005), identificando uma percentagem aceitável (pelo menos 80%) de crianças que apresentem problemas, mas cuja taxa de falsos positivos não deve ser superior a 20% (Carter et al., 2004). Nesse sentido, a aplicação dos instrumentos de avaliação de desenvolvimento em diferentes momentos no tempo permite uma maior precisão e eficiência do resultado de diagnóstico (Keller, 2014).

De acordo com Visser e colaboradores (2010), um pré-requisito fundamental para uma avaliação mais correta e eficaz de problemas de saúde mental em crianças pequenas prende-se com a disponibilidade de instrumentos fiáveis e válidos que sejam abrangentes e sensíveis

ao desenvolvimento infantil. Todavia, persiste ainda um problema: os instrumentos de avaliação de bebês e crianças pequenas disponíveis são limitados, nomeadamente as medidas adequadas para o diagnóstico de problemas socioemocionais e comportamentais durante o período da primeira infância (Glascoe, 2000).

### **1.3.1. Instrumentos disponíveis no âmbito da avaliação do desenvolvimento socioemocional e comportamental infantil**

Atualmente, assiste-se ainda a uma necessidade de instrumentos de avaliação do desenvolvimento socioemocional e comportamental durante os primeiros meses e anos de vida. Os instrumentos existentes validados e adequados para a avaliação nesta área de investigação ora são bastante extensos, dificultando a adesão, ora não abordam em específico as competências socioemocionais e de comportamento. Seguidamente, serão mencionados alguns dos instrumentos mais relevantes e reconhecidos dentro da temática em questão.

Começando pela Child Behavior Checklist (CBCL)/1½–5 (Achenbach & Rescorla, 2000) e pelo Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA; Carter & Briggs-Gowan, 2000), embora ambos evidenciem boas qualidades psicométricas, são dois questionários muito extensos (com 99 e 166 itens, respetivamente). Em alternativa, existem dois instrumentos breves, mas que não abordam as competências socioemocionais (Carter et al., 2004). Um deles, o Eyberg Child Behavior Inventory (Eyberg, 1980), com 35 itens, incide sobre problemas de comportamento em crianças de 2 a 11 anos. O outro é o Toddler Behavior Screening Inventory (TBSI), de 40 itens (Mouton-Simien et al., 1997), que aborda problemas comuns de comportamento em crianças entre 1 e 3 anos de idade. No entanto, nenhum aborda as competências ou comportamentos socioemocionais tipicamente associados a problemáticas específicas, designadamente a perturbações do espectro do autismo (e.g., comportamentos repetitivos; Briggs-Gowan et al., 2004).

Instrumentos ajustados para o despiste de perturbações do espectro do autismo existentes, tais como a Checklist for Autism in Toddlers (CHAT; Baird et al., 2000) e o questionário Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT; Robins et al., 2001), são promissores no que diz respeito à identificação precoce de crianças com perturbações do espectro do autismo, mas não fornecem uma cobertura adequada da variedade de problemas socioemocionais patentes em crianças muito pequenas (e.g., agressividade, perturbações do sono; Briggs-Gowan et al., 2004).

Efetivamente, existem poucos instrumentos para a avaliação do funcionamento socioemocional que permitem avaliar o desenvolvimento infantil em ambas as dimensões:

problemas e competências (Wendland et al., 2014). Um questionário que se tem vindo a provar promissor é o Ages & Stages Questionnaire – Social-Emotional Version (ASQ:SE; Squires, et al., 2002), que aborda problemas socioemocionais e comportamentais desde o nascimento até aos 5 anos de idade. Este inclui competências sociais e comportamentos que, quando ausentes, podem indicar a presença de uma perturbação do espectro do autismo (e.g., manutenção de interações sociais; Briggs-Gowan et al., 2004).

Outro instrumento de avaliação promissor é a escala Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA; Briggs-Gowan & Carter, 2002), que é alvo do presente estudo, e que será descrita, de seguida, em maior detalhe.

### **1.3.2. Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA)**

A escala BITSEA foi construída com o intuito de facilitar a avaliação e identificação de eventuais problemas ou dificuldades no funcionamento socioemocional e comportamental, bem como défices no desenvolvimento das competências socioemocionais de bebés e crianças pequenas entre 12 e 36 meses de idade (Briggs-Gowan & Carter, 2006). Esta escala, composta por 42 itens que permitem a obtenção de uma subescala de Problemas (31 itens) e outra de Competências (11 itens), foi desenvolvida nos Estados Unidos da América a partir do questionário ITSEA, estando disponível em duas versões: uma para pais/cuidadores primários e outra para profissionais e educadores (Briggs-Gowan & Carter, 2002). De acordo com Denham e colaboradores (2009), nenhum outro instrumento de avaliação adequado para crianças entre 1 e 3 anos de idade engloba, numa só escala, tantos aspetos específicos da competência social (e.g., empatia, comportamento pró-social, interação com pares). Adicionalmente, a BITSEA explora problemas de internalização (e.g., medos/preocupações), problemas de externalização (e.g., impulsividade, agressividade), problemas de regulação (e.g., ao nível do sono), comportamentos pouco frequentes ou raros que podem ser indicadores de uma perturbação do espectro do autismo (e.g., comportamentos repetitivos), e ainda competências socioemocionais que são típicas e expectáveis na infância (Briggs-Gowan & Carter, 2006).

Sendo concebida como um instrumento de despiste, numa primeira fase de avaliação precoce de crianças que possam necessitar de apoio profissional, torna-se essencial dar seguimento ao acompanhamento (e.g., pediátrico), com base nos resultados da escala, procurando envolver a participação ativa dos pais em todo o processo. Nesse sentido, os dados fornecidos pelos pais/cuidadores das crianças em resposta à escala BITSEA poderão servir de base para uma conversa aberta com os cuidadores acerca dos comportamentos e do

desenvolvimento das crianças, podendo, de seguida, ser indicada uma avaliação complementar de diagnóstico mais rigorosa – caso se justifique (Briggs-Gowan & Carter, 2006).

Quando os resultados da BITSEA indicam que uma criança apresenta risco ou problemas socioemocionais e comportamentais significativos, os pediatras, psicólogos e outros profissionais devem debater com a respetiva família acerca das dificuldades e potencialidades das crianças, determinando de que maneira os comportamentos relatados interferem com o progresso do desenvolvimento das crianças e com as rotinas diárias das famílias (Briggs-Gowan et al., 2004). Os profissionais podem, depois, obter um perfil mais detalhado da criança, pedindo aos cuidadores que respondam às restantes perguntas do questionário ITSEA e/ou optar por aplicar medidas mais específicas e focadas nas áreas de preocupação que surgem dos diálogos com os pais (e.g., instrumentos específicos que exploram perturbações do espectro do autismo, como o M-CHAT-R; Briggs-Gowan et al., 2004).

A BITSEA é valorizada na literatura como uma das escassas ferramentas concebidas para bebés a partir dos 12 meses de idade, e uma das escalas para pais mais adequadas no despiste de problemas socioemocionais e comportamentais em crianças com menos de 3 anos, com base em evidências científicas (Alakortes et al., 2017). Além de se tratar de uma escala curta, prática e de fácil aplicação, a investigação internacional (e.g., Briggs-Gowan et al., 2004, 2013; Hungerford et al., 2015; Karabekiroglu, 2009; Kruizinga et al., 2013, 2015; Wendland et al., 2014) tem sugerido que a BITSEA reúne qualidades psicométricas adequadas. A mesma tem vindo a revelar-se uma ferramenta válida, eficiente e adequada para diversos contextos (e.g., saúde, educação, intervenção precoce), na identificação de crianças em risco ou com atuais problemas ou dificuldades socioemocionais e comportamentais e/ou atrasos nas competências socioemocionais, incluindo ainda o despiste de perturbações do neurodesenvolvimento.

O estudo original de validação da escala BITSEA incidiu sobre uma amostra comunitária, diversa em termos étnicos e socioeconómicos, de 1237 crianças entre 12 e 36 meses de idade. Nesse estudo, a BITSEA demonstrou ter excelente validade teste-reteste, entre 10 e 45 dias, ( $n = 119$ , coeficiente de correlação intraclassa Problemas BITSEA = .87, coeficiente de correlação intraclassa Competências BITSEA = .85) e estabilidade aceitável um ano mais tarde (.65 e .53, respetivamente). Os resultados do referido estudo indicam que, quando aplicada numa amostra urbana e suburbana, a BITSEA tende a identificar uma em cada três crianças em risco de problemas ou défices nas competências socioemocionais (Briggs-Gowan et al., 2004). Estes resultados revelam-se satisfatórios, visto que cerca de 15% das crianças apresentam problemas socioemocionais e/ou comportamentais, ou défices nas competências

socioemocionais clinicamente significativos (Briggs-Gowan et al., 2001; Roberts et al., 1998) e outros 15% apresentam problemas de risco não significativo em termos clínicos. Ademais, noutro estudo (Briggs-Gowan et al., 2004), a BITSEA identificou entre 80% a 95% das crianças com problemas socioemocionais e/ou comportamentais que foram identificadas pela CBCL 1½–5. De realçar que a BITSEA aborda um maior conjunto de sintomas do que a CBCL (e.g., problemas de regulação) e mantém resultados de falsos positivos e falsos negativos aceitáveis, em comparação com a mesma Checklist (Briggs-Gowan et al., 2004). No respeitante à concordância entre os pais, esta mostrou-se aceitável em ambas as subescalas Problemas (.68) e Competências (.61). A validade de previsão da BITSEA, por sua vez, foi analisada através da CBCL 1½–5 e do ITSEA. As pontuações das subescalas Problemas e Competências conseguiram prever significativamente as pontuações totais de externalização e internalização da CBCL 1½–5, bem como as pontuações do ITSEA nos quatro domínios (externalização, internalização, regulação e competências) um ano mais tarde (Briggs-Gowan et al. 2004).

Mais recentemente, outros estudos avaliaram a validade e a fidelidade da escala BITSEA em diversos países (e.g., Turquia, Karabekiroglu et al., 2009, 2010; Finlândia, Haapsamo et al., 2009; Países Baixos, Kruizinga et al., 2012; França, Wendland et al., 2014), e em diferentes amostras (i.e., comunitárias e clínicas, de baixo e elevado risco). A consistência interna da subescala Problemas BITSEA tem-se revelado aceitável a excelente nos estudos mencionados (i.e., entre .60 e .83), enquanto os valores relativos à subescala Competências BITSEA têm sido mais baixos, em alguns estudos (entre .57 e .72). Ademais, estudos têm reportado valores excelentes de validade teste-reteste, aprovando a sua aplicação em diversos contextos (e.g., socioeconómicos, clínicos; Briggs-Gowan et al., 2013; Hungerford et al., 2015; Karabekiroglu et al., 2010).

O estudo de validação da BITSEA na Turquia (Karabekiroglu et al., 2009) incidiu sobre uma amostra comunitária composta por 462 crianças entre 12 e 42 meses de idade. A versão Turca da escala BITSEA revelou excelente validade interna na subescala Problemas ( $\alpha = .82$ ) e aceitável na subescala Competências ( $\alpha = .72$ ). A validade teste-reteste entre 15 e 35 dias mostrou-se moderada para as mães (Problemas  $r = .49$ ; Competências  $r = .41$ ) e aceitável para os pais (Problemas  $r = .83$ ; Competências  $r = .60$ ), e a concordância entre mães e pais foi satisfatória para ambas as subescalas (Problemas  $r = .68$ ; Competências  $r = .71$ ). Adicionalmente, verificou-se uma associação significativa entre as pontuações da subescala Problemas BITSEA e as pontuações de externalização, internalização e problemas total da CBCL 2–3 (Achenbach, 1992), reforçando a validade de previsão da BITSEA.

O estudo conduzido por Kruizinga e colegas (2012) analisou as qualidades psicométricas da versão Holandesa da BITSEA com uma amostra de 3170 crianças de 2 anos de idade. A consistência interna e validade teste-reteste (13–77 dias) revelaram-se aceitáveis para a subescala Problemas ( $\alpha = .76$ ;  $r = .75$ ), mas mais baixas para a subescala Competências ( $\alpha = .63$ ;  $r = .61$ ). A concordância entre os cuidadores revelou-se baixa para ambas as subescalas (Problemas  $r = .30$ ; Competências  $r = .17$ ). No que respeita à validade convergente, as pontuações da subescala Problemas BITSEA mostraram-se significativamente correlacionadas com as pontuações de problemas total CBCL 1½–5 ( $r = .75$ ). Quanto à validade divergente, as pontuações da subescala Problemas BITSEA conseguiram discriminar entre pais que indicaram preocupação em relação ao comportamento, emoções ou relações dos filhos (Questão A BITSEA) e pais que não revelaram preocupação. Os mesmos autores constataram que os valores da subescala Problemas BITSEA aumentaram significativamente com o nível de preocupação dos pais, enquanto os resultados da subescala Competências BITSEA se revelaram negativamente correlacionados com o nível de preocupação dos pais em relação aos filhos.

No estudo francês, Wendland e a sua equipa de investigadores (2014) exploraram a variável de stress parental e reportaram uma associação significativa e positiva com as pontuações da subescala Problemas BITSEA. Ou seja, níveis mais elevados de stress parental revelaram estar associados a mais problemas no funcionamento socioemocional e comportamental dos filhos. As pontuações da subescala Competências BITSEA demonstraram estar negativamente correlacionadas com os níveis de stress parental (Wendland et al., 2014).

Denotar que vários autores têm sugerido que a escala BITSEA revela boa capacidade para discriminar entre crianças com e sem perturbações do espectro do autismo (Briggs-Gowan & Carter, 2006; Karabekiroglu et al., 2010; Kruizinga et al., 2014). Acrescenta-se que a escala BITSEA tem sido globalmente percebida pelos pais como uma ferramenta útil e de clara relevância para a avaliação do desenvolvimento geral e de rotina (e.g., Wendland et al., 2014).

Karabekiroglu e outros autores (2010) reforçam também a BITSEA como uma ferramenta válida e fiável para avaliar problemas do foro socioemocional e comportamental, ou défices nas competências socioemocionais, tanto numa amostra comunitária, como numa amostra clínica. Além disso, sugerem que pode ser um instrumento útil na distinção entre problemas de comportamento (e.g., oposição), ansiedade, depressão e perturbação do espectro do autismo na infância (Karabekiroglu et al., 2010). Efetivamente, a BITSEA tem revelado capacidade para prever problemas de saúde mental na idade pré-escolar (Briggs-Gowan & Carter, 2008). A título de exemplo, no estudo de Briggs-Gowan e Carter (2008), a escala BITSEA identificou

67.9% das crianças que apresentavam sintomas de uma perturbação psiquiátrica aos 6 anos de idade.

Por fim, importa ainda salientar que, com base na revisão da literatura de todos os instrumentos disponíveis para a avaliação de problemas socioemocionais na infância, elaborada por Pontoppidan e a sua equipa (2017), os referidos autores destacam as escalas breves ASQ:SE-2 e BITSEA, e os questionários mais extensos ITSEA e CBCL 1½-5 como os instrumentos mais abrangentes e que apresentam maior estabilidade em termos psicométricos, de todas as 242 ferramentas avaliadas (Pontoppidan et al., 2017).

#### **1.4. Problema de investigação e objetivos do estudo**

A garantia e satisfação das necessidades das crianças, e a promoção de respostas eficazes na área da saúde mental infantil implicam investimento em investigação que, entre outros aspetos, permita aprofundar o conhecimento acerca do funcionamento socioemocional e comportamental durante os primeiros anos de vida. Para tal, torna-se essencial a disponibilização para o contexto Português de instrumentos de avaliação válidos e fiáveis para a identificação de problemas socioemocionais e comportamentais, bem como das competências, desenvolvimentalmente adequados para crianças pequenas. Em Portugal, persiste a necessidade de recursos de acesso livre e de fácil e rápida administração e cotação.

Face ao exposto, o presente estudo teve como objetivo fazer uma análise exploratória das propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala BITSEA (versão para pais/cuidadores primários), tendo por base uma amostra de bebés e crianças pequenas, de baixo risco, com idades compreendidas entre os 12 e os 36 meses. Assim, este estudo propôs-se a analisar a consistência interna da escala BITSEA, incluindo da subescala Problemas e da subescala Competências, e a fidelidade teste-reteste. Considerando os estudos de validação realizados anteriormente em diferentes países (e.g., Karabekiroglu et al., 2009), esperam-se encontrar neste estudo valores de consistência interna e de fidelidade teste-reteste adequados.

Adicionalmente, a validade concorrente da escala BITSEA foi explorada recorrendo-se à Checklist de Sintomas Pediátricos (Perrin et al., 2016). Na medida em que a Checklist de Sintomas Pediátricos avalia igualmente eventuais problemas de externalização e internalização na infância, espera-se que a mesma se mostre positivamente correlacionada com a subescala Problemas BITSEA e negativamente correlacionada com a subescala Competências BITSEA.

No que respeita a validade divergente, também avaliada, considerou-se relevante testar a associação entre a BITSEA e o M-CHAT-R (Robins et al., 2009). Ou seja, estima-se a ausência de correlação significativa entre os dois instrumentos, pressupondo-se que avaliem diferentes



construtos, visto que a BITSEA não se trata de uma escala de rastreio de perturbações do espectro do autismo.

Paralelamente, o presente trabalho teve ainda como objetivo explorar a relação entre os problemas ou atrasos no desenvolvimento socioemocional de bebés e crianças pequenas, avaliados através da BITSEA, e o stress parental. Tendo em conta literatura anterior que aponta para associações significativas entre problemas de comportamento na infância e stress parental (Hassall et al., 2005; Quine & Pahl, 1991), prevê-se que o stress parental esteja positivamente associado à subescala Problemas e negativamente associado à subescala Competências.

Em conclusão, espera-se que os resultados deste estudo possam vir a contribuir significativamente para o conhecimento na área da avaliação psicológica com crianças, tendo como produto uma escala adaptada e validada para a população Portuguesa, que servirá múltiplos contextos de avaliação e intervenção com bebés e crianças pequenas, designadamente intervenção precoce, educação e saúde.



## Capítulo 2.

### Método

#### 2.1. Participantes

O presente estudo incluiu uma amostra total de 410 bebés e crianças pequenas (55.6% do sexo masculino, 44.4% do sexo feminino) com idades compreendidas entre os 12 e os 36 meses ( $M = 24.08$ ,  $SD = 6.89$ ), e os respetivos cuidadores primários. A grande maioria das crianças ( $n = 371$ , 90.5%) estava integrada em creche ou jardim de infância, sendo a idade média de integração 9.59 meses ( $DP = 5.52$ ). Trinta e cinco crianças (8,5%) nasceram prematuras, em média, com 34 semanas de gestação.

No que concerne aos cuidadores primários, 362 (88.3%) eram mães da criança, 47 (11.5%) eram pais, e uma participante era avó (0.2%). Os cuidadores tinham, em média, 35 anos de idade ( $DP = 5.29$ , 20 a 57 anos). Quanto às habilitações literárias dos cuidadores, a maioria ( $n = 208$ , 50.7%) concluiu o grau de ensino superior correspondente a licenciatura, bacharelato ou mestrado integrado. Cerca de 25.4% ( $n = 104$ ) concluiu um mestrado e 2.7% ( $n = 11$ ) um doutoramento. Ainda, 71 cuidadores (17.3%) tinham o nível de escolaridade do 10.º ao 12.º ano, 15 (3.7%) tinham do 7.º ao 9.º ano e apenas um cuidador (0.2%) tinha entre o 5.º e ao 6.º ano. Relativamente ao estado civil, 85.9% ( $n = 352$ ) indicaram que estavam casados/as ou em união de facto, 11.5% ( $n = 47$ ) estavam solteiros/as, 2% ( $n = 8$ ) divorciados/as ou separados/as e 0.7% ( $n = 3$ ) viúvos/as. No que respeita ao número total de filhos, os cuidadores tinham, em média, 1.54 ( $DP = 0.78$ , 1 a 8) filhos/as, tendo a maioria um ou dois filhos/as (93.2%). Em termos de distribuição geográfica dos participantes, tendo em conta a sua área de residência, 51% ( $n = 208$ ) vivia na Área Metropolitana de Lisboa e Vale do Tejo, 23.7% ( $n = 97$ ) residia no Norte, 11% ( $n = 45$ ) encontrava-se na Região Autónoma da Madeira, 7.6% ( $n = 31$ ) no Centro do país, 2.9% ( $n = 12$ ) na Região Autónoma dos Açores, 2% ( $n = 8$ ) no Alentejo e 2% ( $n = 8$ ) no Algarve. Além da nacionalidade Portuguesa naturalmente predominante, a amostra incluiu também participantes de outras nacionalidades, tais como Brasileira ( $n = 9$ , 2.2%), Holandesa ( $n = 4$ , 0.5%), Caboverdiana ( $n = 2$ , 0.5%) e Moçambicana ( $n = 1$ , 0.2%), residentes em Portugal.

**Tabela 1***Descrição da Amostra.*

	<i>M ± DP</i>	<i>n (%)</i>
<b>Crianças</b>		
Sexo		
Feminino		182 (44.4%)
Masculino		228 (55.6%)
Idade (meses)	24.08 ± 6.89	
<b>Cuidadores primários</b>		
Sexo		
Feminino		363 (88.5%)
Masculino		47 (11.5%)
Idade (anos)	35.03 ± 5.29	
Habilitações literárias		
Doutoramento		11 (2.7%)
Mestrado		104 (25.4%)
Licenciatura, Bacharelato ou Mestrado Integrado		208 (50.7%)
10.º – 12.º ano		71 (17.3%)
7.º – 9.º ano		15 (3.7%)
5.º – 6.º ano		1 (0.2%)

## 2.2. Instrumentos

### 2.2.1. Questionário Sociodemográfico

A fim de caracterizar a amostra em termos sociodemográficos, foi desenvolvido e aplicado um questionário dividido em duas partes. Numa primeira secção, as perguntas do questionário incidiam sobre a criança (e.g., idade, sexo, diagnóstico de uma perturbação do neurodesenvolvimento, acompanhamento terapêutico). A segunda parte do questionário, por sua vez, focava-se em dados sociodemográficos do cuidador primário e agregado familiar (e.g., idade, sexo, habilitações literárias, situação profissional, estado civil, constituição e rendimento mensal do agregado familiar).

### 2.2.2. *Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment* (BITSEA; Briggs-Gowan & Carter, 2002)

A escala BITSEA consiste num conjunto de 42 itens que pretendem avaliar o desenvolvimento socioemocional e comportamental de bebés e crianças pequenas dos 12 aos 36 meses de idade, em que para cada item (e.g., Item 7, *Chora ou faz birra até ficar exausto/a*), o cuidador deve responder com base numa escala de 3 pontos (0 – Não é verdade/Raramente; a 2 – Muito verdade/Frequentemente). Este instrumento é composto por duas subescalas: Competências (11 itens) e Problemas (31 itens). Valores elevados referentes à subescala Problemas ou valores reduzidos relativos à subescala Competências podem indicar a presença de dificuldades socioemocionais e comportamentais no funcionamento da criança (Briggs-Gowan & Carter, 2002). Através dos pontos de corte definidos, a BITSEA permite sinalizar crianças com

problemas de desenvolvimento que podem requerer uma avaliação e acompanhamento adicionais. Os pontos de corte para cada subescala têm por base a idade e o sexo e estão projetados para identificar 25% das crianças com o risco mais elevado de problemas e 10–15% das crianças com o maior risco de défices no desenvolvimento, nas pontuações das subescalas Problemas e Competências, respetivamente (Briggs-Gowan et al. 2004). No final, o questionário termina com duas perguntas sobre a preocupação parental relativamente ao comportamento, emoções e relações da criança (Questão A), e ao desenvolvimento da linguagem (Questão B). Perante estas questões, os pais devem indicar o seu nível de preocupação aplicando uma escala de 4 pontos (1 – Nada preocupado/a; a 4 – Muito preocupado/a). O questionário requer um nível de leitura entre o 4.º e o 6.º ano de escolaridade e pode ser concluído em cerca de 5 a 7 minutos. Existem duas versões disponíveis do questionário – uma para pais e outra para educadores –, sendo que a presente investigação trabalhou e focou-se na escala desenvolvida para os pais.

Uma vez adquiridas as licenças necessárias para dar início ao processo de adaptação da escala para a população Portuguesa, foi efetuada a tradução do instrumento original na língua Inglesa para a língua Portuguesa. Finda essa primeira etapa, a versão trabalhada foi submetida a uma retroversão para a sua língua original por um tradutor profissional – independente do projeto e fluente em ambos os idiomas –, com vista à análise da congruência e garantia da preservação do significado original dos itens. Procedeu-se, de seguida, à revisão da tradução dos itens com base na retroversão efetuada. Por fim, foi realizada a reflexão falada com 5 mães, a fim de validar a clareza e adequação da linguagem, chegando-se à versão final da tradução Portuguesa.

### **2.2.3. Checklist de Sintomas Pediátricos (CSP; Perrin et al., 2016; versão Portuguesa de Pereira & Barros, 2020)**

Tendo em consideração a idade da criança, foi solicitado aos cuidadores o preenchimento de uma das duas versões da CSP: ou a versão para bebés até aos 18 meses (12 itens; e.g., Item 10, *É difícil adormecer a sua criança?*) ou a versão para crianças pequenas dos 18 aos 60 meses (18 itens; e.g., Item 8, *A sua criança tem dificuldade em prestar atenção?*). As duas versões pertencem ao sistema SWYC (The Survey of Well-Being of Young Children), são ambos questionários curtos e adequados para avaliar problemas socioemocionais na infância, que integram questões acerca de vários tipos de comportamento observáveis em crianças nos respetivos intervalos de idades. Para cada item, os cuidadores devem responder com base numa escala de três pontos (0 = Não, 1 = Um Pouco, 2 = Muito). Valores mais elevados que resultam

do somatório dos itens indicam a presença de mais dificuldades socioemocionais. Ambas as versões da CSP têm revelado valores de consistência interna adequados (i.e., superiores a .70; e.g., Sheldrick et al., 2012, 2013). No presente estudo, obteve-se um valor de consistência interna de .78 para a versão para bebês e de .51 para a versão para pré-escolares.

#### **2.2.4. *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised* (M-CHAT-R; Robins et al., 2009; versão Portuguesa de Almeida, s.d.)**

O M-CHAT-R é um instrumento desenvolvido para avaliar o risco precoce de uma Perturbação do Espectro do Autismo, adequado para crianças pequenas entre os 16 e os 30 meses de idade. Este instrumento contém 20 perguntas sobre o comportamento da criança (e.g., Item 11, *Quando sorri para a sua criança, ela sorri de volta para si?*) de resposta dicotômica (Sim/Não). Através de pontos de corte, é possível a sinalização de crianças em risco de uma perturbação do neurodesenvolvimento, exigindo uma avaliação complementar profissional mais rigorosa. Este instrumento apresenta elevada sensibilidade e especificidade (Robins, 2008; Robins et al., 2014) e a sua cotação pode demorar menos de 2 minutos. Valores mais elevados, obtidos a partir do somatório dos itens, indicam a presença de mais sinais que podem ser de alarme. A consistência interna do M-CHAT-R no estudo de Robins e colaboradores (2014) foi de .63 e neste estudo obteve o valor de .64.

#### **2.2.5. *Questionário de Fatores de Stress Quotidiano* (Kanner et al., 1981; versão Portuguesa de Negrão et al., 2009)**

O Questionário de Fatores de Stress Quotidiano permite avaliar o stress e o grau de incómodo causados por diferentes situações diárias e comuns do quotidiano. O mesmo é originalmente composto por 45 itens organizados em quatro diferentes subescalas: Stress Individual, Stress Parental, Stress da Criança e Stress Total. Este instrumento requer que os cuidadores respondam aos itens reportando-se à última semana e tendo por base uma escala tipo Likert de 5 níveis de incómodo (0 – nenhum incómodo a 4 – muito incómodo), em que valores mais elevados indicam um maior nível de stress. No presente estudo, foi apenas aplicada a subescala Stress Parental, centrada na interação entre pais e filhos, constituída por 9 itens (e.g., *Os horários dos meus filhos interferem com as minhas necessidades*). A referida subescala de stress na parentalidade revela uma boa consistência interna, apresentando um alfa de Cronbach de .82 (Negrão et al., 2015). Neste estudo, obteve-se um valor de consistência interna de .86.

### **2.3. Procedimento**

O presente estudo foi primeiramente submetido à aprovação pela Comissão de Ética do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. O estudo foi divulgado nas redes sociais, através de grupos de pais no *Facebook*, e junto de creches e associações de pais de norte a sul do país, incluindo ilhas. A recolha de dados foi realizada exclusivamente online, através da plataforma *Qualtrics*, sendo composta por dois momentos de avaliação. No primeiro momento de avaliação, era solicitado aos cuidadores o preenchimento do questionário sociodemográfico, da escala BITSEA, da CSP, do M-CHAT-R e do Questionário de Fatores de Stress Quotidiano. No segundo momento de avaliação, 15 a 35 dias após o primeiro preenchimento dos questionários, os cuidadores eram contactados para um segundo preenchimento da escala BITSEA, com vista à análise da fiabilidade teste-reteste.

A participação no estudo considerou os seguintes critérios de inclusão: encarregados de educação com 18 ou mais anos de idade; residentes em Portugal; com habilitações literárias mínimas da língua Portuguesa correspondentes ao 4.º ano de escolaridade; com um/a filho/a entre 12 e 36 meses de idade e sem diagnóstico de perturbação do neurodesenvolvimento ou alterações cromossómicas. Na eventualidade de os participantes serem os cuidadores primários de mais do que uma criança elegível, foi pedido aos mesmos para se basearem em apenas uma delas, seleccionando a mais nova, para o preenchimento dos questionários. A todos os cuidadores foi solicitado o consentimento informado autorizando a sua participação no estudo.

### **2.4. Estratégia Analítica**

No presente estudo, foram primeiramente analisadas as estatísticas descritivas (média, desvio padrão, mínimo e máximo) dos itens da escala BITSEA. De seguida, recorrendo a correlações de Pearson, foram testadas as associações entre cada item e as subescalas Problemas BITSEA e Competências BITSEA. Os valores de alfa de Cronbach para as duas subescalas BITSEA foram calculados, permitindo a análise da consistência interna. Valores de alfa de Cronbach  $\geq .70$  foram considerados aceitáveis (Hair et al., 2013; Nunnally & Bernstein, 1994). Com vista a analisar a fiabilidade teste-reteste, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação intraclasse (ICC). Adicionalmente, foram examinadas as associações entre os valores das duas subescalas BITSEA e os valores das escalas CSP e M-CHAT-R, servindo de validade concorrente e divergente, respetivamente. Por último, e com base em correlações de Pearson e correlações Ponto-Bisserial, foram testadas as associações entre as subescalas Competências e Problemas BITSEA e a idade, sexo da criança, preocupação parental (i.e., itens A e B BITSEA) e stress parental.





## Capítulo 3.

### Resultados

#### 3.1. Estatística descritiva

Na Tabela 2 são apresentadas as médias de cada item da escala BITSEA, bem como das subescalas Competências e Problemas. Todos os itens da subescala Competências apresentam valores médios superiores a 1. Quanto à subescala Problemas, os valores médios mais baixos (i.e., médias mais próximas de 0) foram encontrados em 6 itens, relacionados com as emoções negativas ou com comportamentos de retraimento social (Item 9, *Diverte-se menos do que as outras crianças*; Item 32, *Aparenta ser muito infeliz, triste, deprimido/a ou retraído/a*), défices na aquisição de competências motoras (Item 24, *Engasga-se ou sufoca com a comida*), ou com sinais de alarme de uma perturbação do neurodesenvolvimento (Item 36, *Repete a mesma ação ou frase várias vezes sem entusiasmo*; Item 39, *Não estabelece contacto visual*; Item 40, *Evita o contacto físico*). Apenas um item da subescala Problemas obteve uma média igual a 1 (i.e., Item 4, *É irrequieto/a e não consegue estar parado/a*).

Todos os itens da subescala Competências estão correlacionados de forma significativa e positiva com a subescala Competências, e de forma significativa e negativa com a subescala Problemas. Paralelamente, todos os itens da subescala Problemas mostraram-se correlacionados de forma significativa e positiva com a subescala Problemas, e de forma significativa e negativa com a subescala Competências (ver Tabela 2). Importa ainda mencionar que as subescalas Problemas BITSEA e Competências BITSEA revelaram estar significativa e negativamente associadas entre si ( $r = -.26, p < .001$ ).

**Tabela 2***Descrição dos itens BITSEA e Correlações com as Subescalas Competências e Problemas.*

Itens	Subescala	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Correlações com a subescala Competências	Correlações com a subescala Problemas
BITSEA.1	Competências	0	2	1.82	.406	.307**	-.034
BITSEA.5	Competências	0	2	1.19	.527	.456**	-.303**
BITSEA.10	Competências	0	2	1.54	.625	.323**	.049
BITSEA.13	Competências	0	2	1.78	.443	.427**	-.182**
BITSEA.15	Competências	0	2	1.86	.374	.377**	-.240**
BITSEA.19	Competências	0	2	1.63	.644	.356**	-.186**
BITSEA.20	Competências	0	2	1.07	.626	.395**	-.174**
BITSEA.22	Competências	0	2	1.23	.716	.576**	-.111
BITSEA.25	Competências	0	2	1.72	.494	.546**	-.177**
BITSEA.29	Competências	0	2	1.63	.572	.445**	.053
BITSEA.31	Competências	0	2	1.52	.696	.600**	-.082
BITSEA.2	Problemas	0	2	.40	.564	-.114	.410**
BITSEA.3	Problemas	0	2	.14	.391	-.056	.415**
BITSEA.4	Problemas	0	2	1.00	.753	-.156*	.515**
BITSEA.6	Problemas	0	2	.74	.787	-.034	.338**
BITSEA.7	Problemas	0	2	.43	.590	-.134*	.522**
BITSEA.8	Problemas	0	2	.33	.540	.141*	.199**
BITSEA.9	Problemas	0	2	.09	.313	-.119	.224**
BITSEA.11	Problemas	0	2	.83	.696	-.019	.401**
BITSEA.12	Problemas	0	2	.16	.396	-.027	.282**
BITSEA.14	Problemas	0	2	.20	.481	-.163*	.129*
BITSEA.16	Problemas	0	2	.35	.576	-.137*	.371**
BITSEA.17	Problemas	0	2	.53	.678	-.030	.454**
BITSEA.18	Problemas	0	2	.38	.607	-.040	.422**
BITSEA.21	Problemas	0	2	.39	.576	-.045	.276**
BITSEA.23	Problemas	0	2	.56	.616	-.177**	.523**
BITSEA.24	Problemas	0	2	.07	.279	-.056	.221**
BITSEA.26	Problemas	0	2	.33	.521	-.098	.422**
BITSEA.27	Problemas	0	2	.20	.430	-.064	.299**
BITSEA.28	Problemas	0	2	.30	.552	-.200**	.493**
BITSEA.30	Problemas	0	2	.24	.460	-.164*	.431**
BITSEA.32	Problemas	0	2	.06	.299	.025	.165*
BITSEA.33	Problemas	0	2	.16	.396	-.133	.439**
BITSEA.34	Problemas	0	2	.15	.387	-.033	.245**
BITSEA.35	Problemas	0	2	.30	.531	-.052	.359**
BITSEA.36	Problemas	0	2	.07	.293	-.079	.288**
BITSEA.37	Problemas	0	2	.22	.534	-.082	.302**
BITSEA.38	Problemas	0	2	.13	.375	-.210**	.392**
BITSEA.39	Problemas	0	2	.05	.252	-.139*	.210**
BITSEA.40	Problemas	0	2	.06	.235	-.219**	.334**
BITSEA.41	Problemas	0	2	.13	.362	-.127	.286**
BITSEA.42	Problemas	0	2	.30	.524	-.203**	.346**
Subescala Competências		8	22	16.90	2.78	—	-.26**
Subescala Problemas		0	34	9.27	5.44	-.26**	—

**Nota.** Correlações de Pearson.\* A correlação é significativa.  $p < .010$ \*\* A correlação é significativa.  $p < .001$

### 3.2. Consistência Interna

A consistência interna da subescala Competências revelou-se baixa ( $\alpha = .60$ ). O Alfa de Cronbach aumentaria ligeiramente se o item 10 fosse eliminado (.61). Para a subescala Problemas, a consistência interna revelou-se adequada ( $\alpha = .76$ ). O Alfa de Cronbach não aumentaria significativamente caso fosse eliminado qualquer um dos itens.

**Tabela 3**

*Valores de Consistência Interna das Subescalas Competências e Problemas.*

Itens	Subescala	Alfa de Cronbach se o item for excluído
BITSEA.1	Competências	.590
BITSEA.5	Competências	.564
BITSEA.10	Competências	.606
BITSEA.13	Competências	.568
BITSEA.15	Competências	.574
BITSEA.19	Competências	.593
BITSEA.20	Competências	.588
BITSEA.22	Competências	.539
BITSEA.25	Competências	.540
BITSEA.29	Competências	.569
BITSEA.31	Competências	.525
BITSEA.2	Problemas	.749
BITSEA.3	Problemas	.748
BITSEA.4	Problemas	.743
BITSEA.6	Problemas	.759
BITSEA.7	Problemas	.741
BITSEA.8	Problemas	.760
BITSEA.9	Problemas	.756
BITSEA.11	Problemas	.751
BITSEA.12	Problemas	.754
BITSEA.14	Problemas	.763
BITSEA.16	Problemas	.751
BITSEA.17	Problemas	.747
BITSEA.18	Problemas	.748
BITSEA.21	Problemas	.757
BITSEA.23	Problemas	.741
BITSEA.24	Problemas	.756
BITSEA.26	Problemas	.748
BITSEA.27	Problemas	.754
BITSEA.28	Problemas	.743
BITSEA.30	Problemas	.747
BITSEA.32	Problemas	.758
BITSEA.33	Problemas	.747
BITSEA.34	Problemas	.755
BITSEA.35	Problemas	.752
BITSEA.36	Problemas	.754
BITSEA.37	Problemas	.755
BITSEA.38	Problemas	.750
BITSEA.39	Problemas	.756
BITSEA.40	Problemas	.753
BITSEA.41	Problemas	.754
BITSEA.42	Problemas	.752

### **3.3. Fiabilidade Teste-reteste**

A análise da fiabilidade teste-reteste permite aferir a consistência das pontuações dos participantes ao longo do tempo. Com o propósito de examinar essa propriedade psicométrica na BITSEA, calculou-se o coeficiente de correlação intraclasse da subescala Problemas ( $ICC = .732$ ) e da subescala Competências ( $ICC = .725$ ), comparando as pontuações no primeiro e segundo (15–35 dias depois) momentos do estudo.

### **3.4. Validade Concorrente**

Para a análise da validade concorrente, foram efetuadas correlações de Pearson entre os valores das subescalas BITSEA e as subescalas da CSP. As correlações da subescala Problemas revelaram-se positivas e significativas, tanto com a subescala da CSP Bebés ( $r = .55; p < .001; n = 128$ ), como com a subescala da CSP Pré-Escolar ( $r = .40, p < .001; n = 276$ ). Relativamente à subescala Competências BITSEA, a mesma não se mostrou significativamente correlacionada com a subescala da CSP Bebés ( $r = -.14, p = .060; n = 128$ ), porém verificou-se uma correlação significativa negativa com a subescala CSP Pré-Escolar ( $r = -.16, p = .005; n = 276$ ).

### **3.5. Validade Divergente**

No que concerne à validade divergente, foi testada a associação entre o M-CHAT-R e cada uma das subescalas BITSEA. A este respeito, obteve-se uma correlação estatisticamente significativa e positiva com a subescala Problemas ( $r = .26, p < .001; n = 384$ ) e uma correlação significativa e negativa com a subescala Competências ( $r = -.41, p < .001; n = 384$ ).

## **3.6. Associações entre as subescalas BITSEA e restantes variáveis do estudo**

### **3.6.1. Associações com a idade e o sexo da criança**

A idade da criança revelou estar associada de forma significativa (e positiva) com a subescala Competências BITSEA ( $r = .20, p < .001$ ), mas não com a subescala Problemas BITSEA ( $r = -.07, p = .138$ ). Adicionalmente, foram ainda observadas associações estatisticamente significativas entre o sexo da criança e as duas subescalas BITSEA. Verificou-se que as crianças do sexo feminino foram descritas como apresentando mais competências ( $r_{pb} = -.22, p < .001$ ) e menos problemas ( $r_{pb} = .15, p = .002$ ) do que as crianças do sexo masculino.

### **3.6.2. Associações com a preocupação parental**

Seguidamente, foram testadas as associações entre a preocupação parental (i.e., itens A e B BITSEA) e as subescalas Problemas e Competências BITSEA. Ambos os itens A e B revelaram-se positivamente associados à subescala Problemas (respetivamente,  $r_s = .42$ ,  $p < .001$ ;  $r_s = .25$ ,  $p < .001$ ) e negativamente associados à subescala Competências ( $r_s = -.16$ ,  $p = .001$ ;  $r_s = -.18$ ,  $p < .001$ ).

### **3.6.3. Associações com o stress parental**

Por último, foram analisadas as associações entre o stress parental e as duas subescalas BITSEA. Constatou-se uma associação positiva com a subescala Problemas ( $r = .25$ ,  $p < .001$ ) e negativa com a subescala Competências ( $r = -.14$ ,  $p = .007$ ).



## Capítulo 4.

### Discussão

A presente dissertação visou contribuir para o estado de arte sobre o desenvolvimento socioemocional e comportamental nos primeiros anos de vida, em particular para a avaliação do funcionamento socioemocional e comportamental de bebés e crianças pequenas em Portugal. Este estudo surge, assim, em função da necessidade de preencher uma lacuna identificada na literatura, que se traduz na escassez de instrumentos de acesso livre, adaptados e validados para a avaliação precoce de problemas e competências socioemocionais e comportamentais, durante a infância, em Portugal. Para esse fim, o presente estudo propôs-se a explorar as propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala BITSEA, tendo por base uma amostra de bebés e crianças pequenas, de baixo risco, entre 12 e 36 meses de idade, e os respetivos cuidadores primários.

Com efeito, os resultados reportados neste trabalho vão ao encontro das conclusões da investigação precedente, que tem vindo, de forma consistente, a sugerir a BITSEA como um instrumento promissor (e.g., Alakortes et al., 2015, 2017; Wendland et al., 2014). Concretamente, em termos de qualidades psicométricas, a consistência interna da subescala Problemas revelou-se aceitável (Cronbach  $\alpha = .76$ ), mas mais baixa para a subescala Competências (Cronbach  $\alpha = .60$ ). Estes resultados são próximos dos valores reportados por outros estudos (e.g., respetivamente, .75 e .57, Haapsamo et al., 2009; 76 e .63, Kruizinga et al., 2012). Os níveis de consistência interna da subescala Competências BITSEA têm-se verificado sempre mais baixos face aos valores referentes à subescala Problemas, em vários estudos (nomeadamente  $< .70$ ; e.g., Wendland et al., 2014). De acordo com Briggs-Gowan e colegas (2004), é expectável verificar-se um valor baixo de consistência interna relativo à subescala Competências, visto que alguns itens dessa subescala abordam um conjunto de comportamentos que normalmente não são observados em simultâneo. Além disso, os mesmos autores indicam que as subescalas BITSEA incluem comportamentos que não se verificam com frequência em amostras comunitárias, logo, podem revelar maiores níveis de consistência interna em amostras de crianças que manifestem mais sintomas e/ou défices no desenvolvimento mais evidentes.

A análise da fiabilidade teste-reteste, por sua vez, revelou um valor de consistência (ICC) adequado de .73 para ambas as subescalas BITSEA. Tais resultados coincidem com as observações de outros estudos citados neste trabalho, que suportam a fiabilidade teste-reteste da BITSEA ( $> .70$ ; e.g., Briggs-Gowan & Carter, 2006, 2008; Karabekiroglu et al., 2009).

Neste estudo, foram identificadas associações significativas entre os valores da subescala Problemas BITSEA e as pontuações das CSP, o que pode ser indicador de validade convergente. Todavia, convém salientar que os coeficientes de correlação situaram-se num nível moderado (i.e., .40 a .70; Raykov & Marcoulides, 2011). Outros estudos testaram a validade concorrente da BITSEA recorrendo à CBCL e obtiveram valores entre .46 e .79 (Wendland et al., 2014). De realçar que a CSP se trata de um instrumento de rastreio menos aprofundado na descrição do funcionamento socioemocional e comportamental infantil, em comparação com a CBCL. A par disso, não existe uma versão única da CSP para as idades que foram incluídas neste estudo e sobre as quais a escala BITSEA incide (12–36 meses). Sugere-se que estudos futuros examinem a validade concorrente da BITSEA aplicando um outro instrumento que avalie o mesmo construto e que esteja disponível numa versão única abrangente das idades pretendidas (e.g., ASQ:SE–2).

No que concerne à validade divergente, foi observada uma associação significativa e positiva entre as pontuações da subescala Problemas BITSEA e as pontuações do M–CHAT–R. Porém, o coeficiente de correlação situou-se num nível fraco (i.e., .20 a .40; Raykov & Marcoulides, 2011), o que pode ser indicador de validade divergente. De facto, à partida não se previa uma correlação positiva entre o M–CHAT–R e a BITSEA. Ainda assim, a correlação observada revelou-se fraca e, embora a escala BITSEA não se qualifique como um instrumento de rastreio de perturbações do espectro do autismo, a mesma inclui itens que abordam comportamentos potencialmente indicadores de perturbações do neurodesenvolvimento. Este aspeto pode justificar a correlação verificada, dada a comorbilidade entre dificuldades ou problemas socioemocionais/comportamentais e sinais de alarme de perturbações do espectro do autismo. Posto isto, a associação significativa encontrada entre os dois instrumentos não invalida a validade divergente da BITSEA.

Em termos da análise estatística descritiva, os itens da subescala Competências apresentaram valores médios elevados (todos superiores a 1), revelando que os cuidadores da presente amostra fazem uma avaliação positiva das competências e capacidades das suas crianças. Relativamente à subescala Problemas, os seis itens que obtiveram os valores médios mais baixos (médias mais próximas de 0), foram – tal como referido anteriormente e em concordância com o estudo de Wendland e colaboradores (2014) – itens associados a emoções negativas (Item 32), comportamentos de inibição social (Item 9), défices no desenvolvimento motor (Item 24) ou sinais de alarme de uma possível perturbação do neurodesenvolvimento (Itens 36, 39 e 40).



Já em relação ao sexo, as crianças do sexo masculino foram descritas pelos pais como apresentando menos competências e mais problemas. Atendendo à literatura, os resultados do estudo de Alakortes e colegas (2015) sugeriram igualmente que, de um modo geral, as crianças do sexo feminino tendem a ser descritas como apresentando mais competências e as do sexo masculino como evidenciando mais problemas, nomeadamente problemas de externalização. Todavia, as conclusões relativas ao efeito do sexo nos resultados não são totalmente consensuais na literatura. Karabekiroglu e colaboradores (2009), por exemplo, observaram que apenas as pontuações que os progenitores masculinos atribuíam à subescala Competências para as filhas raparigas eram superiores às da mesma subescala para os rapazes. Em contrapartida, numa amostra clínica, Karabekiroglu e outra equipa de investigadores (2010) não verificaram diferenças significativas nos resultados da subescala Problemas entre os sexos das crianças. Briggs-Gowan e colegas (2004) reportaram que as crianças pequenas do sexo masculino apresentaram pontuações mais baixas na subescala Competências do que as crianças do sexo feminino, no entanto o mesmo não se verificou nos bebés da faixa etária entre 12 e 17 meses. Haapsamo e outros autores (2009), por sua vez, verificaram que o sexo masculino obteve maiores pontuações médias do que o sexo feminino apenas nos itens BITSEA que constituem sinais de alarme de perturbações do espectro do autismo e apenas em crianças com 36 meses de idade. A este respeito, Shaw e colaboradores (2001) sugerem que as diferenças sociais e emocionais entre rapazes e raparigas podem tornar-se mais acentuadas à medida que a idade das crianças avança, refletindo até certo ponto o impacto do ambiente social no seu comportamento e desenvolvimento. Investigação futura deverá promover a melhor compreensão destes resultados, e refletir acerca das suas implicações para o processo de avaliação e intervenção precoce (Alakortes et al., 2015).

Por sua vez, as competências (percecionadas) das crianças demonstraram-se positivamente relacionadas com a idade das mesmas. Logo, como expectável, quanto mais avançada a idade das crianças, mais competências foram reconhecidas pelos cuidadores. A mesma associação não se verificou em relação à subescala Problemas, pelo que a presença de problemas se confirmou independente da idade da criança.

No que se refere à preocupação parental, verificou-se que – tal como previsto – o nível de preocupação dos pais foi maior perante a presença de problemas, e menor quando as competências dos filhos eram mais fortemente reconhecidas pelos cuidadores. Este resultado vai ao encontro das sugestões da literatura (e.g., Briggs-Gowan & Carter, 2008; Kruizinga et al., 2012), na medida em que as dificuldades observadas justificam e reforçam a preocupação dos pais face ao desenvolvimento dos filhos. Por outro lado, a percepção

dos pais de uma aquisição favorável de competências na infância, como indicador positivo de desenvolvimento ajustado, favorece menores níveis de preocupação em relação ao crescimento das crianças.

Contudo, ressalva-se que, apesar das correlações das subescalas BITSEA com a preocupação parental serem significativas, os valores de correlação foram baixos ( $< .43$ ). Uma possível explicação para este resultado prende-se com o facto de nem todos os pais terem conhecimento suficiente e capacidade para distinguir entre trajetórias típicas e atípicas na infância. Embora a preocupação parental contribua para a procura de apoio profissional, autores salientam que muitos pais não estão suficientemente informados acerca das trajetórias de desenvolvimento típicas para distinguir entre problemas socioemocionais normativos e alarmantes, especialmente durante a primeira infância (Smith et al., 2010; Ellingson et al., 2004; Thurston et al, 2015), podendo desvalorizar indícios alarmantes. Por exemplo, no estudo conduzido por Horwitz e colegas (2003), apenas 20% dos pais que relataram um problema preocupante no desenvolvimento dos filhos, de 1 a 3 anos de idade, abordaram essa questão com um profissional. Este cenário ilustra a necessidade de investimento no sentido de capacitar os pais para o melhor reconhecimento de sinais de alerta, com base em linhas orientadoras para cada fase de desenvolvimento na infância. Uma vez que, como já foi referido, os cuidadores primários constituem a fonte de informação mais privilegiada para a avaliação do funcionamento de bebés e crianças pequenas, incapazes de expressar as suas dificuldades, esta questão torna-se premente no âmbito da saúde mental infantil.

No respeitante ao fator de stress parental, os resultados obtidos neste estudo (assim como no estudo de Wendland e colaboradores, 2014) sugerem que um número considerável de pais com filhos que apresentam problemas ou défices no desenvolvimento socioemocional podem revelar dificuldades face ao stress associado às suas responsabilidades parentais. Como expectável, verificou-se uma associação positiva entre o stress parental e as pontuações da subescala Problemas BITSEA. Posto isto, as dificuldades ao nível do desenvolvimento dos filhos podem contribuir para um maior nível de stress nas rotinas diárias das famílias. No entanto, por outro lado, os pais que apresentam maiores níveis de stress na execução das tarefas diárias associadas à parentalidade podem apresentar uma perceção dos seus filhos de menor competência e mais problemas. Face ao exposto, torna-se importante perceber qual dos cenários descritos acontece realmente. Em termos de implicações práticas, deve atender-se ao possível enviesamento da perceção dos pais relativamente aos filhos. Isto é, aquando da sinalização e intervenção com uma criança, importa aferir mais aprofundadamente a perceção dos cuidadores

face a vários aspetos do desenvolvimento das crianças e as razões efetivas que motivam essas mesmas preocupações.

Salienta-se que o reconhecimento das dificuldades parentais pode ajudar e encorajar o encaminhamento dos respetivos filhos para um serviço de apoio e fomentar, em simultâneo, o envolvimento parental no processo de reabilitação e ajustamento das crianças em questão (Wendland et al., 2014). Além do mais, a participação nos processos de avaliação e intervenção precoces, como já foi referenciado, pode reduzir os níveis de stress e de ansiedade dos pais, tornando-os simultaneamente mais autoconfiantes e bem-sucedidos na resolução de problemas relacionados com a parentalidade (Keren et al, 2003) e produzindo efeitos positivos nas interações entre pais e filhos (Lieberman et al., 1997; Meisels & Fenichel, 1996). Especialmente nas zonas rurais, onde pode haver acesso mais reduzido a serviços de saúde e menos recursos disponíveis, prevê-se que a aplicação deste tipo de instrumentos (de despiste) possa facilitar identificação de problemas na infância e beneficiar o acompanhamento das crianças (Haapsamo et al., 2009).

Não obstante todas as vantagens e benefícios destacados, importa salientar que ferramentas como a escala BITSEA não são suficientes para serem usadas como fonte única e exclusiva de informação para fundamentar um diagnóstico clínico, nem são projetadas com esse propósito. Instrumentos deste género devem, antes, ser aplicados em conjunto com observações e recolha de informação sobre a história de vida, desenvolvimento e saúde da criança (e.g., através de entrevistas com os pais). Estas medidas, juntamente com discussões abertas com os cuidadores primários sobre os resultados obtidos, são cruciais para esclarecer se existem, de facto, risco ou problemas clínicos significativos (Briggs-Gowan & Carter, 2008).

### **Limitações do estudo e recomendações para investigação futura**

Em todos os projetos de investigação existem limitações que devem ser discutidas e consideradas quando se pretende fazer interpretações dos resultados. Uma limitação deste estudo prende-se com o facto de a amostra apenas ter incluído bebés e crianças pequenas de baixo risco. Posto isto, os resultados reportados não permitem avaliar a validade clínica da escala BITSEA, pelo que urge investir num próximo estudo que aplique a BITSEA com uma amostra de bebés e crianças pequenas de elevado risco (e.g., recolha em contextos clínicos), de modo a analisar a adequação da BITSEA enquanto instrumento de avaliação precoce com essa população.

A par do anterior, a amostra de cuidadores revela um desequilíbrio significativo no que se refere à distribuição dos sexos. Como supramencionado, mais de 88% dos respondentes são

mães das crianças. Investigação futura deve visar a recolha de uma amostra equilibrada entre pais e mães, e emparelhada, baseada numa perspetiva multi-informante.

Outra limitação digna de atenção, traduz-se na dimensão da amostra recolhida. De acordo com a literatura, a validação de escalas deve assumir um rácio ideal de, pelo menos, 10 participantes por cada item da escala (Boateng et al., 2018; Nunnally, 1978). Logo, sendo a BITSEA composta por 42 itens, seria mais adequada uma amostra de, pelo menos, 420 participantes. Contudo, alguns autores defendem que as dimensões das amostras podem variar, independentemente do número de itens dos instrumentos (Boateng et al., 2018). De modo geral, a literatura sustenta que uma amostra de 300 participantes é aceitável e normalmente adequada (Clarke & Watson, 1995; Comrey, 1988; Comrey & Lee, 1992; Guadagnoli & Velicer, 1988). Os autores Comrey e Lee (1992), por sua vez, sugerem uma escala de classificação de dimensões de amostras, em que um total de 100 participantes é considerado fraco, 200 aceitável, 300 bom, 500 muito bom, e a partir de 1000 é excelente. Deste modo, apesar de não corresponder exatamente ao mínimo *à priori* ideal, o número de participantes do presente estudo pode ser considerado consistente e aceitável para o que se propôs analisar.

Reservam-se agora os próximos parágrafos para a enumeração de outras recomendações pensadas para estudos futuros. Primeiramente, importa desenvolver investigação futura acerca dos pontos de corte recomendados para as subescalas Competências e Problemas BITSEA, que permitam identificar crianças Portuguesas que apresentem problemas significativos em termos clínicos, ou atrasos no desenvolvimento ou aquisição de competências socioemocionais. Nesse sentido, torna-se essencial estabelecer e definir pontos de corte culturalmente ajustados que permitam a avaliação do desenvolvimento socioemocional e comportamental infantil na população Portuguesa e a identificação de crianças que deveriam usufruir de uma avaliação compreensiva. Assim, além de se sugerir que nos próximos estudos sejam recolhidas amostras de maior dimensão, sustenta-se também a inclusão de participantes de diversos contextos culturais e sociodemográficos. A par disso, urge testar a estabilidade e a validade de previsão, aplicando a BITSEA um ano depois com a mesma amostra, a fim de avaliar até que ponto as pontuações da referida escala são consistentes ao longo do tempo.

Noutra nota, tal como retratado anteriormente, os estudos de prevalências que incidem sobre problemas de saúde psicológica infantil nos dois primeiros anos de vida são escassos e variam consideravelmente em termos de métodos (Alakortes et al., 2015). Com vista a facilitar a distinção entre problemas que podem ser típicos na primeira infância e problemas mais graves que são alarmantes e implicam atenção e supervisão clínica, torna-se essencial recolher dados estatísticos de amostras representativas da população geral para apurar a prevalência destes

problemas. O conhecimento das estatísticas reais e atuais de prevalência de problemas é um pré-requisito para a promoção de serviços de intervenção precoce suficientes e devidamente focados (Alakortes et al., 2017). Ademais, variáveis multiculturais são imprescindíveis para identificar eventuais diferenças na prevalência dos diferentes tipos de problemas em diversos grupos culturais (Rescorla et al., 2011). Nesse seguimento, recomenda-se o desenvolvimento de investigação em Portugal acerca da prevalência deste tipo de dificuldades na infância, com foco no contexto Português.

Em suma, o investimento em investigação e disponibilização de ferramentas longitudinais e abrangentes, desenvolvimentalmente adequadas à avaliação do funcionamento socioemocional e comportamental infantil, pode fornecer conhecimento e informações importantes não só sobre a etiologia e evolução dos problemas socioemocionais e comportamentais, como também sobre a eficácia dos programas de intervenção precoce (Briggs-Gowan & Carter, 2007). Logo, o desenvolvimento de investigação sobre este tipo de instrumentos pode promover o aperfeiçoamento de planos de intervenção e, conseqüentemente, o ajustamento socioemocional e comportamental das crianças.



## Conclusão

O presente projeto de investigação surge como resposta a uma lacuna identificada na literatura, respeitante à escassez de instrumentos adaptados e validados para avaliação de dificuldades socioemocionais na primeira infância, em Portugal. Nessa sequência, este trabalho permitiu a disponibilização, para o contexto Português, de uma ferramenta prática e adequada para o despiste de problemas socioemocionais e comportamentais na infância, através da análise das qualidades psicométricas e da validação da versão Portuguesa da escala BITSEA. Deste modo, considera-se que o trabalho desenvolvido e apresentado através da presente dissertação constitui, não só um contributo considerável para a literatura existente sobre a escala BITSEA, como também, e em especial, para a literatura nacional sobre o desenvolvimento infantil, nomeadamente no que respeita a avaliação de problemas socioemocionais e comportamentais nos primeiros anos de vida.

Paralelamente, um dos principais objetivos deste estudo consistiu em sublinhar a importância da avaliação e intervenção precoce na primeira infância. Assim, espera-se que a presente dissertação reforce a relevância e a necessidade de investigação futura no sentido do aprofundamento da temática abordada. Perante a enumeração das vantagens associadas aos esforços de avaliação e intervenção precoce, não devem restar dúvidas sobre a pertinência da continuidade dos estudos desenvolvidos nesta área da saúde mental e do desenvolvimento infantil, pelo que se espera que os contributos deste projeto sirvam de inspiração para o seguimento do trabalho e investimento futuro neste âmbito.

Em conclusão, a BITSEA apresentou-se, neste estudo exploratório, como uma ferramenta válida e promissora.





## Referências Bibliográficas

- American Academy of Pediatrics. (2001). Committee on Children with Disabilities. Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics*, 108, 192–196. <https://doi.org/10.1542/peds.108.1.192>
- Achenbach, T. M. (1992). *Manual for the Child Behavior Checklist 2/3 and 1992 profile*. University of Vermont Department of Psychiatry
- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(7), 1–37. <https://doi.org/10.1037/h0093906>
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*. University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2004). *Empirically based assessment and taxonomy: Applications to infants and toddlers*. In R. DelCarmen-Wiggins & Carter, A. (Eds.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (pp. 161–182). Oxford University Press.
- Alakortes, J., Fyrstén, J., Carter, A. S., Moilanen, I. K., & Ebeling, H. E. (2015). Finnish mothers' and fathers' reports of their boys and girls by using the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). *Infant Behavior and Development*, 39, 136–147. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.02.016>
- Alakortes, J., Kovaniemi, S., Carter, A. S., Bloigu, R., Moilanen, I. K., & Ebeling, H. E. (2017). Do child healthcare professionals and parents recognize social-emotional and behavioral problems in 1-year-old infants? *European child & adolescent psychiatry*, 26(4), 481–495. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0909-3>
- Anderson, G. M., & Cohen, D. J. (2002). Genesis of neocortex. In M. Lewis (Ed.), *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (pp. 22–46). Lippincott Williams & Wilkins.
- Baird, G., Charman, T., Baron-Cohen, S., Cox, A., Swettenham, J., Wheelwright, S., & Drew, A. (2000). A screening instrument for autism at 18 months of age: a 6-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(6), 694–702. <https://doi.org/10.1097/00004583-200006000-00007>
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quinonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer. *Frontiers in public health*, 6, 149. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Bornstein, M. H., Hahn, C. S., & Haynes, O. M. (2010). Social competence, externalizing, and internalizing behavioral adjustment from early childhood through early adolescence: Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 22(4), 7177–735. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000416>
- Brauner, C. B., & Stephens, C. B. (2006). Estimating the prevalence of early childhood serious emotional/behavioral disorders: Challenges and recommendations. *Public health reports*, 121(3), 303–310. <https://doi.org/10.1177%2F003335490612100314>
- Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2002). *Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA): Manual. Version 2.0*. Yale University.
- Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2006). *Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment examiner's manual*. Harcourt Assess, San Antonio.
- Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2007). Applying the infant-toddler social & emotional assessment (ITSEA) and brief-ITSEA in early intervention. *Infant Mental Health Journal*, 28(6), 564–583. <https://doi.org/10.1002/imhj.20154>

- Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2008). Social-emotional screening status in early childhood predicts elementary school outcomes. *Pediatrics*, *121*(5), 957–962. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1948>
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Bosson-Heenan, J., Guyer, A. E., & Horwitz, S. M. (2006). Are infant-toddler social-emotional and behavioral problems transient?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *45*(7), 849–858. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000220849.48650.59>
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Irwin, J. R., Wachtel, K., & Cicchetti, D. V. (2004). The Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment: Screening for social-emotional problems and delays in competence. *Journal of Pediatric Psychology*, *29*(2), 143–155. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsh017>
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., McCarthy, K., Augustyn, M., Caronna, E., & Clark, R. (2013). Clinical validity of a brief measure of early childhood social–emotional/behavioral problems. *Journal of Pediatric Psychology*, *38*(5), 57–587. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst014>
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Skuban, E. M., & Horwitz, S. M. (2001). Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1- and 2-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*, 811–819. <https://doi.org/10.1097/00004583-200107000-00016>
- Briggs-Gowan, M. J., Horwitz, S. M., Schwab-Stone, M. E., Leventhal, J. M., & Leaf, P. J. (2000). Mental health in pediatric settings: Distribution of disorders and factors related to service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 841–849. <https://doi.org/10.1097/00004583-200007000-00012>
- Brownell, C. A., & Carriger, M. S. (1990). Changes in cooperation and self-other differentiation during the second year. *Child Development*, *61*, 1164–1174. <https://doi.org/10.2307/1130884>
- Campbell, S. B., Spieker, S., Burchinal, M., Poe, M. D., & NICHD Early Child Care Research Network (2006). Trajectories of aggression from toddlerhood to age 9 predict academic and social functioning through age 12. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*, 791–800. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01636.x>
- Carter, A. S. (2002). Assessing social-emotional and behavior problems and competencies in infancy and toddlerhood: Available instruments and directions for Application. In B. Zuckerman, A. Lieberman, & N. Fox (Eds.), *Emotion regulation and developmental health: Infancy and early childhood* (pp. 277–299). Johnson & Johnson Pediatric Institute.
- Carter, A. S., & Briggs-Gowan, M. J. (2000). *The Infant-toddler Social and Emotional Assessment*. Yale University.
- Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J., Jones, S. M., & Little, T. D. (2003). The Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *31*, 495–514. <https://doi.org/10.1023/A:1025449031360>
- Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J., & Davis, N. O. (2004). Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*(1), 109–134. <https://doi.org/10.1046/j.0021-9630.2003.00316.x>
- Carter, A. S., Godoy, L., Marakovitz, S. E., & Briggs-Gowan, M. J. (2009). Parent reports and infant-toddler mental health assessment. In C. H. Zeanah, Jr. (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 233–251). The Guilford Press.
- Cicchetti, D. (1993). Developmental psychopathology: Reactions, reflections, and projections. *Developmental Review*, *13*, 471–502. <https://doi.org/10.1006/drev.1993.1021>

- Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (1995). Perspectives on developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Volume 1, theory and methods* (pp. 3–20). John Wiley & Sons, Inc.
- Clark, R., Tluczek, A., & Gallagher, K. C. (2004). Assessment of parent–child early relational disturbances. In R. DelCarmen-Wiggins & A. Carter (Eds.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment*. Oxford University Press.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309–319.  
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.309>
- Comrey, A. L. (1988). Factor-analytic methods of scale development in personality and clinical psychology. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(5), 754–761.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.5.754>
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 972–986. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000172552.41596.6f>
- Darling-Churchill, K. E., & Lippman, L. (2016). Early childhood social and emotional development: Advancing the field of measurement. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 45, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2016.02.002>
- Denham, S. A. (2006). Social–emotional competence as support for school readiness: What is it and how do we assess it? *Early Education & Development*, 17(1), 57–89.  
[https://doi.org/10.1207/s15566935eed1701\\_4](https://doi.org/10.1207/s15566935eed1701_4)
- Denham, S. A., Wyatt, T. M., Bassett, H. H., Echeverria, D., & Knox, S. S. (2009). Assessing social-emotional development in children from a longitudinal perspective. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63, 37–52. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.070797>
- Earls, M. F., & Hay, S. S. (2006). Setting the stage for success: Implementation of developmental and behavioral screening and surveillance in primary care practice — the North Carolina Assuring Better Child Health and Development (ABCD) Project. *Pediatrics*, 118(1), 183–188. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0475>
- Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 313–337. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x>
- Eisert, D. C., Sturner, R. A., & Mabe, P. A. (1991). Questionnaires in behavioral pediatrics: Guidelines for selection and use. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 12, 42–50. <https://doi.org/10.1097/00004703-199102000-00009>
- Ellingson, K. D., Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., & Horwitz, S. M. (2004). Parent identification of early emerging child behavior problems: Predictors of sharing parental concern with health providers. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 158, 766–772. <https://doi.org/10.1001/archpedi.158.8.766>
- Emde, R.N. (1999). Early intervention and mental health: Implications for research in Head Start. *NHSA Dialog: A Research-to-Practice Journal for the Early Intervention Field*, 2, 286–296.
- Emde, R.N. (2001). A developmental psychiatrist looks at infant mental health challenges for Early Head Start. *Zero to Three*, 22, 21–24.
- Eyberg, S. (1980). The Eyberg Child Behavior Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 9, 22–28.

- Forrest, C. B., Glade, G. B., Starfield, B., Baker, A. E., Kang, M., & Reid, R. J. (1999). Gatekeeping and referral of children and adolescents to specialty care. *Pediatrics*, *104*, 28–34. <https://doi.org/10.1542/peds.104.1.28>
- Foster, S. L., & Cone, J. D. (1995). Validity issues in clinical assessment. *Psychological Assessment*, *7*(3), 248. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.248>
- Fox, N. A. (2004). Temperament and early experience form social behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1038*(1), 171–178. <https://doi.org/10.1196/annals.1315.025>
- Glascoc, F. P. (2000). Early detection of developmental and behavioral problems. *Pediatric Review*, *21*, 272–280. <https://doi.org/10.1542/pir.21-8-272>
- Glascoc, F. P. (2005). Screening for developmental and behavioural problems. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, *11*, 173–179. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20068>
- Glascoc, F. P., & Dworkin, P. H. (1995). The role of parents in the detection of developmental and behavioral problems. *Pediatrics*, *95*(6), 829–836.
- Guadagnoli, E., & Velicer, W. F. (1988). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin*, *103*(2), 265–275. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.2.265>
- Guralnick, M. J. (2011). Why early intervention works: A systems perspective. *Infants and young children*, *24*(1), 6. <https://doi.org/10.1097/IYC.0b013e3182002cfe>
- Guralnick, M. J. (2017). Early intervention for children with intellectual disabilities: An update. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *30*(2), 211–229. <https://doi.org/10.1111/jar.12233>
- Haapsamo, H., Ebeling, H., Soini, H., Joskitt, L., Larinen, K., Penninkilampi-Kerola, V., ... & Moilanen, I. (2009). Screening infants with social and emotional problems: A pilot study on the brief infant oddler social and emotional assessment (BITSEA) in northern Finland. *International journal of circumpolar health*, *68*(4), 386–393. <https://doi.org/10.3402/ijch.v68i4.17365>
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., & Anderson, R.E. (2013). Multivariate data analysis. *Pearson new international edition (7th ed.)*. Pearson Education Limited.
- Halfon, N., Houtrow, A., Larson, K., & Newacheck, P. W. (2012). The changing landscape of disability in childhood. *The Future of Children*, 13–42. <https://doi.org/10.1353/foc.2012.0004>
- Hassall, R., Rose, J., & McDonald, J. (2005). Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: The effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research*, *49*, 405–418. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00673.x>
- Heiser, A., Curcin, O., Luhr, C., Grimmer, I., Metze, B., & Obladen, M. (2000). Parental and professional agreement in developmental assessment of very-low-birthweight and term infants. *Developmental Medicine and Child Neurology*, *42*(1), 21–24. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2000.tb00020.x>
- Horwitz, S. M., Gary, L. C., Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2003). Do needs drive services use in young children? *Pediatrics*, *112*, 1373–1378. <https://doi.org/10.1542/peds.112.6.1373>
- Hungerford, G. M., Garcia, D., & Bagner, D. M. (2015). Psychometric evaluation of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA) in a predominately Hispanic, low-income sample. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *37*(3), 493–503. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9478-x>
- Jellinek, M. S., & Murphy, J. M. (1988). Screening for psychosocial disorders in pediatric practice. *American Journal of Diseases of Children*, *142*(11), 1153–1157. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1988.02150110031013>

- Jellinek, M. S., Murphy, J. M., Little, M., Pagano, M. E., Comer, D. M., & Kelleher, K. J. (1999). Use of the pediatric symptom checklist to screen for psychosocial problems in pediatric primary care: A national feasibility study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *153*, 254–260. <https://doi.org/10.1001/archpedi.153.3.254>
- Jellinek, M., Patel, B. P., & Froehle, M. C. (2003). Bright futures in practice: Mental health, volume 1, practice guide and volume 2, tool kit. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *42*, 507–508.
- Kanner, A., Coyne, J., Schaefer, C., & Lazarus, R. (1981). Comparison of two modes of stress measurement. Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, *4*(1), 1–39. <https://doi.org/10.1007/BF00844845>
- Karabekiroglu, K., Rodopman-Arman, A., Ay, P., Ozkesen, M., Akbas, S., Tasdemir, G. N., ... Peksen, Y. (2009). The reliability and validity of the Turkish version of the Brief Infant–Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA). *Infant Behavior and Development*, *32*, 291–297. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.03.003>
- Karabekiroglu, K., Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Rodopman-Arman, A., & Akbas, S. (2010). The clinical validity and reliability of the Brief Infant–Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). *Infant Behavior and Development*, *33*(4), 503–509. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.07.001>
- Keller, K. (2008). American academy of pediatrics. In *Encyclopedia of obesity* (Vol. 1, pp. 23–23). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412963862.n14>
- Keren, M., Feldman, R., & Tyano, S. (2003). A five-year Israeli experience with the DC: 0–3 classification system. *Infant Mental Health Journal*, *24*, 337–348. <https://doi.org/10.1002/imhj.10060>
- Klein Velderman, M., Crone, M. R., Wiefferink, C.H., & Reijneveld, S. A. (2010). Identification and management of psychosocial problems among toddlers by preventive child health care professionals. *European Journal of Public Health* *20*(3), 332–338. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp169>
- Kruizinga, I., Jansen, W., de Haan, C. L., van der Ende, J., Carter, A. S., & Raat, H. (2012). Reliability and validity of the Dutch version of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). *PLoS One* *7*(6), e38762. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0038762>
- Kruizinga, I., Jansen, W., Mieloo, C. L., Carter, A. S., & Raat, H. (2013). Screening accuracy and clinical application of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). *PloS one*, *8*(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0072602>
- Kruizinga, I., Jansen, W., Van Sprang, N. C., Carter, A. S., & Raat, H. (2015). The effectiveness of the BITSEA as a tool to early detect psychosocial problems in toddlers, a cluster randomized trial. *PloS one*, *10*(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136488>
- Lavigne, J. V., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H. J., Christoffel, K. K., & Gibbons, R. D. (1998). Psychiatric disorders with onset in the preschool years: I. Stability of diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *37*(12), 1246–1254. <https://doi.org/10.1097/00004583-199812000-00007>
- Lavigne, J. V., Lebailly, S. A., Hopkins, J., Gouze, K. R., & Binns, H. J. (2009). The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *38*, 315–328. <https://doi.org/10.1080/15374410902851382>
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., Grandison, C., & Pekarsky, J. (1997). Mental health assessment of infants, toddlers and preschoolers in a service program and treatment outcome research program. *Infant Mental Health Journal*, *18*(2), 158–170. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199722\)18:2%3C158::AID-IMHJ5%3E3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199722)18:2%3C158::AID-IMHJ5%3E3.0.CO;2-L)

- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10(1), 1–41.  
[https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90105-J](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90105-J)
- Marks, K. P., & Larosa, A. C. (2012). Understanding developmental-behavioral screening measures. *Pediatrics in Review*, 33, 448–458. <https://doi.org/10.1542/pir.33-10-448>
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1995). Competence, resilience, and psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. I. Theory and methods* (pp. 23–56). Wiley.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205–220. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.53.2.205>
- Mathiesen, K. S., & Sanson, A. (2000). Dimensions of early childhood behavior problems: Stability and predictors of change from 18 to 30 months. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 15–31. <https://doi.org/10.1023/a:1005165916906>
- McLearn, K.T., Knitzer, J., & Carter, A.S. (2007). Mental health: A neglected partner in the healthy development of young children. In E. Festschrift (Ed.), *Child development and social policy: Knowledge for action*. American Psychological Association.
- Meisels, S. J., & Fenichel, E. (1996). New visions for the developmental assessment of infants and young children. *Zero to Three*.
- Mouton-Simien, P., McCain, A. P., & Kelley, M. L. (1997). The development of the toddler behavior screening inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 59–64.
- National Research Council. (2008). Early childhood assessment: Why, what, and how. In C.E. Snow, S. B. Van Hemel, & Board on Children, Youth, and Families, Board on Testing and Assessment, Division of Behavioral and Social Sciences and Education (Eds.). The National Academies Press.
- Negrão, M., Pereira, M., & Soares, I. (2009). Questionário de factores de stress quotidiano. Unpublished manuscript, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Negrão, M., Pereira, M., Soares, I., & Mesman, J. (2015). Intervenção na parentalidade com famílias em risco psicossocial: resultados de um programa baseado na teoria da vinculação, desafios e boas práticas. VI Congresso Internacional de Psicologia da 25 Criança e do adolescente.
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory*. McGraw-Hill.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Perrin, E. C., Sheldrick, C., Visco, Z., & Mattern, K. (2016). *The survey of well-being of young children (SWYC) user's manual (1.01)*. Center, Tufts Medical. <https://www.tuftschildrenshospital.org/-/media/Brochures/Floating-Hospital/SWYC/SWYC-Manual-v101-Web-Format-33016.ashx?la=en&hash=E0C2802F003ED312E9D5268374C540A112151FB3>
- Pontoppidan, M., Niss, N. K., Pejtersen, J. H., Julian, M. M., & Væver, M. S. (2017). Parent report measures of infant and toddler social-emotional development: a systematic review. *Family practice*, 34(2), 127–137. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz003>
- Quine, L., & Pahl, J. (1991). Stress and coping in mothers caring for a child with severe learning difficulties: A test of Lazarus' transactional model of coping. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 1, 57–70. <https://doi.org/10.1002/casp.2450010109>
- Raspa, M., Simpson, M. E., Bailey, D. B. Jr, Guillen, C., Nelson, R., Hours, R., & Robinson, N. (2010). Measuring family outcomes in early intervention: findings from a large-scale assessment. *Exceptional Children* 76, 496–510.  
<https://doi.org/10.1177%2F001440291007600407>
- Raykov, T., & Marcoulides, G. A. (2011). *Introduction to Psychometric Theory*. Routledge, Taylor & Francis Group.

- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N., ... & Verhulst, F. C. (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: parents' reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3), 456–467. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.563472>
- Roberts, R. E., Attkisson, C. C., & Rosenblatt, A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 155(6), 715–725. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.6.715>
- Robins, D. L. (2008). Screening for autism spectrum disorders in primary care settings. *Autism*, 12, 537–556. <https://doi.org/10.1177/1362361308094502>
- Robins, D. L., Casagrande, K., Barton, M., Chen, C. M. A., Dumont- Mathieu, T., Fein, D. (2014) Validation of the modified checklist for autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics* 13, 337–45. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1813>
- Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., & Green, J. A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 131–144. <https://doi.org/10.1023/A:1010738829569>
- Sacre, L. R., Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Brian, J., Smith, I. M., Roberts, W., ... Armstrong, V. (2015). Can parents' concerns predict autism spectrum disorder? A prospective study of high-risk siblings from 6 to 36 months of age. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(6), 470–478. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.03.014>
- Shaw, D. S., Owens, E. B., Giovannelli, J., & Winslow, E. B. (2001). Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 36–43. <https://doi.org/10.1097/00004583-200101000-00014>
- Sheldrick, R. C., Henson, B. S., Merchant, S., Neger, E. N., Murphy, J. M., & Perrin, E. C. (2012). The Preschool Pediatric Symptom Checklist (PPSC): development and initial validation of a new social/emotional screening instrument. *Academic pediatrics*, 12(5), 456–467. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.06.008>
- Sheldrick, R. C., Henson, B. S., Neger, E. N., Merchant, S., Murphy, J. M., & Perrin, E. C. (2013). The baby pediatric symptom checklist: development and initial validation of a new social/emotional screening instrument for very young children. *Academic pediatrics*, 13(1), 72–80. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.08.003>
- Sheldrick, R. C., Merchant, S., & Perrin, E. C. (2011). Identification of developmental-behavioral problems in primary care: A systematic review. *Pediatrics*. 128(2), 356–363. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3261>
- Simonian, S. J. (2006). Screening and identification in pediatric primary care. *Behavior Modification*, 30, 114–131. <https://doi.org/10.1177/0145445505283311>
- Slomski, A. (2012). Chronic mental health issues in children now loom larger than physical problems. *Jama*, 308(3), 223–225. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.6951>
- Smith, L. E., Akai, C. E., Klerman, L. V., Keltner, B. R., & Centers for the Prevention of Child Neglect. (2010). What mothers don't know and doctors don't say: Detecting early developmental delays. *Infant Mental Health Journal*, 31(4), 455–466. <https://doi.org/10.1002/imhj.20266>
- Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2002). *The ASQ:SE user's guide for the ages & stages questionnaires: Social-emotional* (Vol. 2). Brookes.
- Stagman, S., & Cooper, J. L. (2010). *Children's mental health: What every policymaker should know*. Columbia University. 1–8.
- Teicher, M. H., Tomoda, A., & Andersen, S. L. (2006). Neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment: Are results from human and animal studies

- comparable? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 313–323. <https://doi.org/10.1196/annals.1364.024>
- Tervo, R. C. (2005). Parent's reports predict their child's developmental problems. *Clinical Pediatrics*, 44, 601–611. <https://doi.org/10.1177/000992280504400708>
- Thurston, I. B., Phares, V., Coates, E. E., & Bogart, L. M. (2015). Child problem recognition and help-seeking intentions among black and white parents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(4), 604–615. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.883929>
- US Public Health Service. (2000). *Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A National Action Agenda*. Department of Health and Human Services.
- Visser, J. C., Smeekens, S., Rommelse, N., Verkes, R. J., Van der Gaag, R. J., & Buitelaar, J. K. (2010). Assessment of psychopathology in 2-to 5-year-olds: Applying the Infant–Toddler Social Emotional Assessment. *Infant Mental Health Journal*, 31(6), 611–629. <https://doi.org/10.1002/imhj.20273>
- Weitzman, C., & Wegner, L. (2015). Promoting optimal development: screening for behavioral and emotional problems. *Pediatrics*, 135(2), 384–395. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3716>
- Wendland, J., Danet, M., Gacoin, E., Didane, N., Bodeau, N., Saïas, T., ... & Chirac, O. (2014). French version of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment questionnaire – BITSEA. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(5), 562–575. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu016>
- Yates, T., Ostrosky, M. M., Cheatham, G. A., Fettig, A., Shaffer, L., & Santos, R. M. (2008). Research synthesis on screening and assessing social–emotional competence. [http://csefel.vanderbilt.edu/documents/rs\\_screening\\_assessment.pdf](http://csefel.vanderbilt.edu/documents/rs_screening_assessment.pdf)
- Yoder, N. (2014). Teaching the whole child: Instructional practices that support social–emotional learning in three teacher evaluation frameworks. <https://gtlcenter.org/sites/default/files/TeachingtheWholeChild.pdf>
- Zuckerman, B., Moore, K. A., & Gleib, D. (1996). Association between child behavior problems and frequent physician visits. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 150, 146–153. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1996.02170270028004>